Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen. München.

№ 11. 14. März 1893. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 40. Jahrgang.

Originalien.

Ueber Blutuntersuchungen in Reiboldsgrün. I.

(Dr. Driver'sche Heilanstalt für Lungenkranke.)

Von Dr. *F. Wolff* und Dr. *H. Koeppe.*

Die Untersuchung des menschlichen Blutes hat während der letzten Jahre die Aufmerksamkeit der Aerzte in hohem Grade in Anspruch genommen; neue Untersuchungsmethoden sind eingeführt und die Bedeutung derselben für diagnostische, prognostische und therapeutische Zwecke tritt immer deutlicher hervor.

Es musste denn auch denen, die sich speciell mit Tuberculose befassen und täglich sehen, wie tiefgreifend die localisirte Erkrankung auf den gesammten Organismus des Kranken wirkt, als eine nicht zu vernachlässigende Aufgabe erscheinen, das Blut der Tuberculösen zu studiren und durch die Befunde in der Erkenntniss der Natur der Krankheit weiter vorzudringen.

Die längst von uns in Aussicht genommenen, durch die Nachrichten von den Egger'schen Befunden in Arosa[1]) noch besonders angeregten Blutuntersuchungen von Tuberculösen wurden daher mit Anfang des Winters 1892/93 und mit Beginn einer ruhigeren Thätigkeit von uns in Reiboldsgrün eingeleitet und werden vermuthlich noch Jahre hindurch fortgesetzt werden müssen.

Die Ergebnisse unserer Untersuchungen sind jedoch derart, dass wir glauben, frühzeitig mit denselben hervortreten zu sollen, weniger weil wir eine Reihe von Resultaten schon jetzt als durchaus feststehend betrachten, als deswegen, weil denselben der volle Werth erst bei einer grossen Zahl von Nachprüfungen an den verschiedensten Orten und unter mannichfaltigsten Bedingungen zugesprochen werden kann.

Es ist daher beabsichtigt, unsere Studien in einer Reihe von Artikeln in dieser Wochenschrift niederzulegen, einige wesentliche Punkte gelegentlich des Wiesbadener Congresses für innere Medicin zum Vortrag zu bringen, in dem vorliegenden ersten Artikel den Gang unserer Forschungen zu beschreiben und auf einige Ergebnisse derselben, um Nachahmungen anzuregen, hinzuweisen.

Als wir im November 92 mit den Untersuchungen begannen, hatten wir zunächst nur die Absicht, die uns zugänglichen Untersuchungsmethoden vergleichend zu studiren, um ihre Anwendbarkeit für unsere künftigen Zwecke zu prüfen.

Den länger bekannten Methoden, mittelst des Thoma-Zeiss'schen und Fleischl'schen Apparates die Zahl der rothen Blutkörperchen und die Färbekraft des Blutes zu bestimmen, fügten wir weiter die Volumenbestimmung der Blutkörperchen mittelst des Hedin'schen Hämatokriten in der sogenannten Kreiselcentrifuge von Gärtner hinzu.

Auf Grund der uns überraschenden Befunde bei Ausübung der genannten Methoden nahmen unsere Untersuchungen sehr bald eine andere Richtung an: wir suchten bei systematischer Fortsetzung der Versuche unsere Resultate immer mehr zu bestätigen, sie in feststehende Regeln zu bringen und eine Erklärung der Erscheinungen, wenn möglich, herbeizuführen.

Die von uns unternommenen Untersuchungen, die zur Zeit die Anzahl von 200 überschritten haben, lassen sich nun so eintheilen, dass wir von Anfang November bis Weihnachten vor. J. bei Bewohnern der hiesigen Anstalt — Gesunden wie Kranken — Aenderungen des Blutes überhaupt constatirten, seit dieser Zeit bestrebt sind, Beginn, Verlauf und Bestand dieser Aenderungen zu erforschen.

Befassen wir uns ohne Rücksichtnahme auf andere Untersuchungen zunächst nur mit der Zählung der rothen Blutkörperchen und mit der Bestimmung des Hämoglobins, so mögen folgende Zahlenreihen die von uns gefundenen Resultate kurz erläutern:

Bei 19 Einzeluntersuchungen von 9 gesunden Männern zeigten sich durchschnittlich 88 Proc. Hämoglobin und 5,850000 rothe Blutkörperchen;

bei 7 Einzeluntersuchungen von 7 gesunden Frauen zeigten sich durchschnittlich 81,3 Proc. Hämoglobin und 5,233000 rothe Blutkörperchen.

Bei Tuberculösen, die mindestens 14 Tage in Reiboldsgrün verweilten, fanden wir folgendes Verhältniss:

21 Männer hatten bei 34 Einzeluntersuchungen 84,8 Proc. Hämoglobin und 6,260000 rothe Blutkörperchen;

11 Frauen bei 14 Einzeluntersuchungen 77,8 Proc. Hämoglobin und 6,280000 rothe Blutkörperchen.

Die übrigen zahlreichen Untersuchungen fallen auf die ersten 14 Tage hiesigen Aufenthaltes oder auf Tuberculöse, deren Leiden irgendwie complicirt war.

So verschieden auch die Angaben einzelner Autoren lauten, im Ganzen wird als feststehender Satz angesehen, dass die Zahl der rothen Blutkörperchen beim Gesunden 5 resp. $4^1/_2$ Millionen beträgt, dass in Bezug auf den Hämoglobingehalt (nach Fleischl) beim gesunden Mann ca. 100 Proc., bei der Frau 90 Proc. als normal angesehen werden; eine ganze Reihe von Autoren[2]) betont ausdrücklich, dass Tuberculöse wohl zuweilen eine Herabsetzung des Hämoglobingehalts ihres Blutes zeigen, merkwürdiger Weise jedoch keine Herabsetzung der rothen Blutkörperchen im cbmm.

Diesen als sicher angenommenen Thatsachen gegenüber unterscheiden sich unsere Befunde so wesentlich, dass zunächst an eine für alle Untersuchungen gemeinsame Fehlerquelle zu denken war. Wir konnten jedoch eine solche durch ein Anzahl Controlprüfungen, die von mehreren Untersuchern ausgeführt wurden, ausschliessen, ebenso aber auch durch die stetige Wiederkehr derselben Befunde bei einer stets wachsenden Zahl von Untersuchungsfällen.

Es ist denn auch auf diese Wiederkehr ein gleiches Gewicht, wie auf die Summe der Untersuchungen gelegt, wenn wir sagen müssen, dass wir in unserer Anstalt bei Gesunden nach mindestens mehrmonatlichem Aufenthalt eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen um ca. 500000—1000000 und eine

[1]) Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. Jahrg. XXII, No. 20.

[2]) Sadler, Reinert, Laache u. A.

Herabsetzung des Hämoglobingehaltes um ca. 10 Proc. bei beiden Geschlechtern constatiren konnten, so dass sich die betreffenden Zahlen bei uns in folgender Weise — natürlich individuell unterschieden — als normal darstellen:

Männer bei 90 Proc. Hämoglobin mit ca. 5,80000 rothe Blutkörp.
Frauen „ 80 „ „ „ 5,200000 „ „

Viel auffälliger als die Befunde der Gesunden zeigen sich die der Kranken. Wir finden bei Tuberculosefällen, wenn sie nicht irgendwie complicirt sind, nicht nur die bei Gesunden beobachtete Blutkörperchen-Vermehrung, sondern eine noch viel auffälligere, oft geradezu enorme, wobei die durchschnittlich absolut gleiche Zahl der Blutkörperchen-Vermehrung bei beiden Geschlechtern zu denken giebt, während auch hier der Hämoglobingehalt des Blutes ein herabgesetzter bleibt, Verhältnisse, die bei beiden Geschlechtern sich gleich deutlich aussprechen.

Wir dürfen für die Beobachtungen unserer Anstalt als Regel aufstellen: deutliche Vermehrung der rothen Blutkörperchen bei Gesunden und Kranken, bedeutender bei Kranken hervortretend; stetige Herabsetzung des Hämoglobingehaltes bei Kranken und Gesunden.

Nach Feststellung dieser Thatsachen suchten wir nunmehr Beginn und Verlauf der beschriebenen Veränderungen des Blutes zu verfolgen.

Zu diesem Zwecke wurden die erwähnten Untersuchungsmethoden (Fleischl und Thoma-Zeiss) schon gleich nach der Ankunft in Reiboldsgrün, oft wenige Stunden nach derselben an neu eintreffenden Individuen angewandt, bei denselben in häufiger, theils täglicher Wiederholung ausgeführt und gleichzeitig die mikroskopische Untersuchung frischer und gefärbter Blutpräparate vorgenommen.

Das Verhalten des Blutes vereinzelter Gesunder und Kranker wurde bei dem Aufenthalt derselben in der Heimat (häusliche Pflege), im Krankenhause und auf Reisen eruirt und sodann mit den in der Anstalt aufgenommenen Befunden verglichen. So konnte, zumal die Untersuchungen vereinzelt durch denselben Untersucher und mit denselben Apparaten ausgeführt wurden, mit unbedingter Sicherheit der Verlauf der Aenderungen constatirt werden.[3])

Indem wir in allen Einzelheiten auf unsere späteren Publicationen verweisen müssen, können wir sagen, dass nach den täglich sich mehrenden Erfahrungen — es wurden bis jetzt 12 solcher Versuchsreihen aufgestellt — ein gewisses Schema in folgender Weise zu erkennen ist: Die Zahl der rothen Blutkörperchen beginnt schon in den ersten Stunden des hiesigen Aufenthalts sich zu vergrössern, erreicht in rapidem Anstieg innerhalb der ersten 24—36 Stunden eine bedeutende Höhe, fällt noch einmal ab, ohne bis zur früheren Tiefe zu sinken und bei langsamerem Steigen entwickelt sich dann unter Schwankungen ein bestimmter Stand der Blutkörperchen-Zahl in der vorher beschriebenen Höhe.

Der Vorgang ist regelmässig innerhalb der ersten 8—10 Tage beendet.

Aehnliche Regeln wie bei der Vermehrung der rothen Blutkörperchen haben sich nun nach unseren Erfahrungen auch bei der Veränderung des Hämoglobingehaltes des Blutes ergeben.

Bald nach der Ankunft der betreffenden Individuen beginnt der früher normale Hämoglobingehalt des Blutes zu sinken, sinkt ohne wesentliche Schwankungen in den ersten Tagen zu einem tiefen Stand und beginnt dann wieder zu steigen, um im Allgemeinen auf einer Höhe stehen zu bleiben, die, wie bereits erwähnt, bei beiden Geschlechtern um ca. 10 Proc. unter der Norm bleibt. Kranke, die einen auffällig niedrigen Hämoglobingehalt mitgebracht haben, steigen ohne Abfall zu der Höhe, die in Reiboldsgrün die Norm bildet.

Auch bei der Aenderung des Hämoglobins spielt sich der Vorgang innerhalb 8—10 Tagen ab.

Es muss wiederholt betont werden, dass die Nachprüfung unserer Untersuchungen an vielen Orten dringend zu wünschen ist und dass sie dann an Werth wesentlich gewinnen werden, — indessen dürfen wir vorläufig daran festhalten, dass die geschilderten Veränderungen des Blutes während der Winter-Monate regelmässig in Reiboldsgrün stattfinden, dass dieselben in Reiboldsgrün in der beschriebenen Reihenfolge sich entwickeln.

Ob die Beobachtungen durch winterliche Verhältnisse bedingt sind, sei dahin gestellt. Die Beschränkung unserer Resultate auf „Reiboldsgrün“ soll besagen, dass die Beobachtungen an zahlreichen Orten sich werden verfolgen lassen, dass das Ausbleiben der beschriebenen Veränderungen an andern Orten von uns aber nicht als Einwand gegen die Exactheit der Beobachtungen anerkannt werden könnte.

Denn die Methode unserer Forschungen lässt in der That einen Zweifel, dass die beobachteten Veränderungen durch örtliche Verhältnisse bedingt sind, nicht zu. War schon durch das Verhalten des Hämoglobins eine Erklärung für die Veränderung des Blutes durch reichliche Ernährung, Ruhe, psychische Erregung u. s. f. auszuschliessen, so konnten wir ausserdem den Beginn der Veränderungen schon in den Stunden nachweisen, ehe die genannten Momente wirkten und ebenso waren die Veränderungen bei uns Aerzten und anderen, bei denen psychische Erregung der Ankunft, der neuen Lebensweise etc. nicht vorhanden war, zu constatiren.

Jeder Zweifel an der örtlichen Einwirkung auf das Blut muss aber schwinden, nachdem es gelungen ist, in mikroskopischen Präparaten stetig dieselben auffallenden Veränderungen[4]) darzustellen, deren Zusammenhang mit den Befunden der übrigen Untersuchungs-Methoden sich schwerlich wird leugnen lassen.

Diese letztere Beobachtung und die Hämoglobin-Veränderung lässt von vorneherein die Annahme ausschliessen, als könne es sich bei der Vermehrung der rothen Blutkörperchen um eine Eindickung des Blutes handeln.

Betreffs der Verminderung des Hämoglobins, die wir gewohnt sind, als ein wenig gutes Zeichen anzusehen, während sie gerade in Reiboldsgrün bei Gesunden und Gesundenden sich findet, würde es nahe liegen, die Unzuverlässigkeit des Apparates bei diesen Befunden zu beschuldigen, wenn nicht die Vergleichung der grossen Reihe von Zahlen den Befunden volle Zuverlässigkeit garantirte. Man kommt unwillkürlich zu dem Schluss, dass die durch den Fleischl'schen Apparat dargestellte Färbekraft nicht gleichbedeutend ist mit der Bedeutung des Hämoglobin's überhaupt.

Wenn nun auch die von uns erwiesenen Blutveränderungen ohne Zweifel mit den örtlichen Verhältnissen Reiboldsgrün's in Zusammenhang stehen, so müssen wir doch ablehnen, irgendwelche bestimmte klimatische Verhältnisse für diese Aenderungen verantwortlich zu machen und glauben ehrlicher und wissenschaftlicher zu handeln, wenn wir ein Ignoramus offen bekennen. Dabei soll freilich nicht unerwähnt bleiben, dass die Möglichkeit uns vorschwebte, eine Erklärung für die Vermehrung der rothen Blutkörperchen durch die verdünnte Höhenluft Reiboldsgrün's (700 m hoch gelegen, steil aus der Ebene emporsteigend) zu finden, wobei durch Vergrösserung der Athemfläche der Blutscheiben eine Compensation für den Ausfall an O bei jedem Athemzug geschaffen werde, dass wir ferner daran gedacht haben, die Verminderung des Hämoglobin könne im Zusammenhang mit dem CO_2-Gehalt unserer Luft stehen[5]), — indessen diese und andere Erklärungsversuche können zur Zeit nur Hypothesen auf schwachen Füssen darstellen.

Wir haben daran festzuhalten, dass nicht eher eine Erklärung der besprochenen Blutveränderungen möglich ist, als bis sämmtliche physiologische Vorgänge (Athmung, Stoffwechsel u. s. f.) in ihrem Verhältniss zu den Blutbefunden in den verschiedensten Klimaten — vor Allem auch See-Klima —

---

[3]) Den Herren Collegen der Curschmann'schen Schule, die uns in Leipzig mehrfach unterstützten, an dieser Stelle unsern besonderen Dank! —

[4]) Die in einer vorläufigen Mittheilung „Zur Genese der Blutkörperchen“ von Dr. S. Engel in Berlin (Deutsche med. Wochenschrift No. 8) enthaltenen Befunde mögen in manchen Puncten mit unseren Beobachtungen übereinstimmen; ein Urtheil wird sich erst nach Einblick in die angekündigte Monographie fällen lassen.

[5]) Absolut kleinere Mengen von CO_2 und dieselben kleineren Mengen ausserdem noch unter geringerem Partial-Druck.

und beim Wechsel verschiedener Klimate an demselben Individuum untersucht worden sind.

Die anfänglich, namentlich wegen des verminderten Hämoglobin-Gehaltes uns zweifelhafte Frage, ob denn die von uns gefundenen Blutveränderungen eine gute Bedeutung hätten, darf wohl ohne Weiteres bejaht werden, schon mit dem Hinweis darauf, dass die Anregung jeder physiologischen Function als segensreich gelten muss und dass die besprochene Anregung einen tief greifenden Vorgang darstellte. Dass die Vergrösserung der Athemfläche durch Vermehrung der Blutscheiben für Phthisiker eine ganz besondere, doch wohl günstige Bedeutung hat, da die Umwandlung in dem erkrankten Organ sich vollzieht, dürfte kaum zweifelhaft sein.

Im Hinblick auf die Beobachtung, dass die beschriebene Revolution des Blutes innerhalb der ersten 10 bis höchstens 14 Tage im Wesentlichen abgeschlossen ist, mag in Kürze darauf hingewiesen werden, dass die Bedeutung der ersten zwei Wochen hiesigen Aufenthaltes für unsere Kranken eine ganz besondere ist und aus mancherlei Anzeichen sich ergiebt; ohne näheres Eingehen auf diese Verhältnisse mag als charakteristisch für dieselben aufgeführt werden, dass Aenderungen im Allgemeinbefinden, selbst von vorurtheilslosen Patienten, oft innerhalb der ersten Stunden empfunden werden, dass in den ersten zwei Wochen nur bei schwersten Hinderungs-Gründen eine Gewichtszunahme ausbleibt und dass endlich selbst die am schwersten Kranken in den ersten Wochen fast ohne Ausnahme sich erholen, freilich ohne Andauer ihrer Besserung.

Diese kurzen, anderen Orts zu ergänzenden klinischen Bemerkungen sollen nur beitragen, in möglichst weiten ärztlichen Kreisen die Aufmerksamkeit auf die von uns beschriebenen Blutveränderungen und die vielleicht damit zusammenhängenden Aenderungen des klinischen Bildes der Lungenkranken in Verhältnissen, die den Reiboldsgrüner ähnlich sind, zu lenken.

Wir müssen wiederholt wünschen, dass von vielen Seiten das von uns berührte Gebiet der Blutveränderungen durch klimatische Verhältnisse weiter bearbeitet wird, namentlich auch unter Anwendung aller bekannten und wenn möglich verbesserten Methoden. Denn nur aus äusseren Gründen mussten bei unseren Forschungen einzelne Methoden, wie z. B. die Bestimmung der Alkalescenz des Blutes vernachlässigt werden und konnte namentlich bedauerlicher Weise das specifische Gewicht des Blutes von uns bisher nicht studirt werden, obwohl gerade diese letztgenannte Methode möglicher Weise einigen Aufschluss über das eigenthümliche Verhältniss der Blutkörperchen-Zahl zum Hämoglobingehalt zu geben vermöchte.

Die von uns unternommenen Hämatokrituntersuchungen lassen bisher nur den Schluss zu, dass mit den übrigen Veränderungen des Blutes auch eine Aenderung im Volumen der rothen Blutkörperchen eintritt; es soll auch hiervon in späteren Abhandlungen berichtet werden.

Für unsere Arbeiten stand uns trotz der trefflichen Monographien Reinert's, Ehrlich's, Laache's u. A. m. nur spärliches literarisches Material zur Verfügung. Der uns nur im Auszuge bekannte bereits citirte Egger'sche Aufsatz stützt unsere Ergebnisse nach mehreren Richtungen hin durch ein freilich nicht grosses Untersuchungsmaterial; von besonderem Interesse für uns war jedoch eine Studie Stierlin's aus dem Jahre 1889[6]), in der er u. A. angiebt, dass er unter 22 „Ferienkindern" nach einem Aufenthalt im Gebirge in 15 Fällen eine theilweise recht erhebliche Zunahme der rothen Blutkörperchen fand, bei einer Reihe von Fällen trotz Zunahme der Blutscheiben eine Abnahme des Hämoglobins (nach dem Gowers'schen Apparat) constatirte. Stierlin sucht diese Erscheinung durch Ungenauigkeiten der Untersuchungen und anderweitig zu erklären; wir glauben jedoch darin eine Bestätigung unserer Beobachtungen zu finden.

Möge dieselbe nach vielfachen Nachprüfungen auch sonst erbracht werden.

[6]) Deutsches Archiv für klin. Medicin. 45. Bd., 1889.

Ueber Volkssanatorien für Lungenkranke.[1])

Von Hofrath Dr. *Schmid.*

Meine Herren! Wie Sie sich erinnern werden, hat Herr Geheimrath v. Ziemssen im Anschluss an den Vortrag des Herrn Prof. Moritz über „Volkssanatorien für Lungenkranke" den Antrag gestellt, es solle eine Commission erwählt werden, welche darüber zu berathen habe, was in München zu thun sei, um die Beschaffung von Heilstätten für Lungenkranke zu erreichen. Diese Commission hat Berathung gepflogen und ich werde die Ehre haben, in ihrem Namen Ihnen diejenigen Vorschläge zu machen, welche die Commission für die Erreichung des Zweckes dienlich erachtet hat.

Bevor ich mich dieser Aufgabe entledige, scheint es angezeigt, über den Stand der hochwichtigen Angelegenheit eine Uebersicht zu geben und namentlich darüber Mittheilung zu machen, was an anderen Orten erreicht worden ist. Aus der Kenntniss dieser Bestrebung werden sich mancherlei Lehren und Gesichtspunkte ergeben, welche für uns von Wichtigkeit sind.

Ueber die Frage nach der Nothwendigkeit, dass für unbemittelte Lungenkranke etwas — Besseres als bisher — geschehe, darf ich bei der allgemeinen Kenntniss der Furchtbarkeit der Tuberculose wohl rasch hinweggehen. Es genüge, daran zu erinnern, dass $^1/_7$ aller Menschen der Tuberculose zum Opfer fallen, dass nach statistischen Nachweisen jährlich in Deutschland 160,000—180,000 Menschen an ihr sterben. Nach einer unbestreitbaren Berechnung leiden in Deutschland 1,200,000 Menschen an Tuberculose. Bedenkt man dabei, dass ein grosser Theil dieser Kranken im besten Lebensalter stehen, Ernährer ihrer Familien sein sollten und erwägt man ferner, dass der langsame, chronische Verlauf der Erkrankung diese ungeheure Zahl von Kranken nicht nur leistungsunfähig macht, sondern sie durch ihre Verpflegung der Gesammtheit zur Last fallen und zwar auf Jahre — so wird man nicht bestreiten wollen, dass es eine Pflicht nicht nur der Humanität, sondern der wirthschaftlichen Nothwendigkeit ist, mit allen nur möglichen Mitteln gegen den schlimmsten Würgengel unserer Zeit zu Felde zu ziehen und das um so mehr, als thatsächlich das, was bisher geschieht, billigen Anforderungen nicht in erwünschtem Maasse entspricht. Namhafte Kliniker und Krankenhausärzte haben sogar angedeutet und ausgesprochen, dass nach ihren Erfahrungen der Aufenthalt in den Krankenhäusern den Tuberculösen im ersten Stadium nicht nur keinen sichtbaren Nutzen, sondern oft unzweifelhaften Schaden bringt.

Kann solchermassen unbestritten behauptet werden, dass die Nothwendigkeit vorliegt, für unbemittelte Tuberculöse nach anderer besserer Behandlungsmethode mit allen Mitteln zu streben, so kann andererseits erfreulicherweise der Nachweis geliefert werden, dass die Tuberculose frühzeitig richtig behandelt, in einem nicht geringen Procentsatz der Fälle zur Heilung gebracht werden kann.

Es ist bekanntlich noch keine gar lange Zeit her, dass man das aussprechen kann, ohne befürchten zu müssen, auf energischen Widerstand zu stossen.

Die Erkenntniss von der Heilbarkeit der Tuberculose ist nicht zum Wenigsten gefördert worden durch die Beobachtung am Sectionstisch. Ich erinnere in dieser Beziehung an die Beobachtung Bollinger's, der uns seinerzeit in Uebereinstimmung mit anderen Forschern mitgetheilt hat, dass ca. jede 4. Leiche Spuren latenter oder geheilter Tuberculose aufweist. Kommt also Spontanheilung in so grosser Häufigkeit vor — sollte es da keinerlei Mittel und Wege geben, dieselbe zu befördern, den Organismus im Kampf mit den eindringenden Bacterien zu unterstützen und ihm den Sieg gegen sie zu verschaffen? Freilich auf dem Wege specifischer Beeinflussung ist dies bisher nicht möglich gewesen. Wir stehen der Zeit weitgehendster Hoffnungen und niederdrückendster Enttäuschung in dieser Richtung zu nahe, als dass es nothwendig wäre, darauf näher einzugehen. Aber auch wenn es gelingen sollte, solche Mittel

[1]) Referat, erstattet im ärztlichen Verein München.

zu finden — und ich bin optimistisch genug, die Hoffnung nicht aufzugeben — so würde dadurch jene andere Methode nicht überflüssig, der allein wir bisher unbestreitbare Heilungen zu verdanken haben: die hygienisch diätetische Methode Brehmer's, durch die der leider zu früh Verstorbene sich grosse Verdienste erworben hat. Seitdem diese Methode zur Anwendung gelangt und je mehr sie aufgekommen ist, hat sich auch der Skepticismus nicht gegen die Thatsache der Heilbarkeit der Tuberculose verschliessen können. In offenen Curorten, wie in geschlossenen Anstalten hat sie im Laufe der Jahre segensreiche Früchte getragen. Ich habe in der Debatte gelegentlich des Moritz'schen Vortrages über die Erfahrungen und Erfolge berichtet, welche ich in 20jähriger Thätigkeit an einem offenen, durch die Gunst seines Klimas und seiner Institutionen ausgezeichneten Curort beobachtet habe. In viel stringenterer Form ist dies von den berühmten geschlossenen Anstalten in Goerbersdorf, Falkenstein, Reiboldsgrün, St. Blasien und Davos etc. geschehen, deren im Ganzen ziemlich übereinstimmende Statistiken eine Heilung in 25—28 Proc. ergeben, abgesehen von der viel grösseren Procentzahl theilweise sehr beträchtlicher Besserungen. Dabei ist zu bedenken, dass diese Privatanstalten Kranke in allen Stadien der Erkrankung aufnehmen. Wie ganz anders günstig würde erst der Procentsatz der Heilungen ausfallen, wenn nur Patienten im ersten Stadium zur Behandlung kämen!

Ist aber die Ueberzeugung von der Nothwendigkeit für unbemittelte Tuberculöse Hilfe zu schaffen und von der Möglichkeit eine allgemeine, ihre Thatsache eine unbestreitbare, dann wird und kann das Streben, diese Hilfe zu bringen, nicht mehr erlöschen, so schwierig auch ihre Durchführbarkeit erscheint; denn leider ist der Aufenthalt an Curorten und in geschlossenen Anstalten bisher ein Vorrecht der Besitzenden. Die lange Dauer der nothwendigen Cur macht es dem wirthschaftlich Schwachen überaus schwer, sich ihr zu unterziehen, dem Armen unmöglich.

Aus der Erkenntniss dieser traurigen Thatsache heraus entspringen alle die humanitären Bestrebungen, welche hier Wandel zu schaffen Willens sind, aus ihr entspringt auch unser Wunsch, etwas zu leisten, wenn es auch in Anbetracht der Höhe der Kosten und der Schwierigkeit ihrer Aufbringung nur ein ganz kleiner und bescheidener Anfang sein kann, weit entfernt von dem Ideal, das uns vorschwebt und das bis zu einem gewissen Grad anderwärts schon erreicht ist.

Was ist nun anderwärts schon geschehen?

Hier hat sich unser Blick zuerst nach England zu wenden, jenem Lande, in dem das Verständniss für hygienische und humanitäre Bestrebungen ein viel älteres, regeres ist, als irgendwo anders und wo die besitzende Classe ihren Stolz darein setzt, allgemeine und humane Aufgaben durch grosse Spenden und Vermächtnisse zur Lösung zu bringen. Es hat etwas beschämendes, zu erfahren, dass dort das erste Krankenhaus für Lungenkranke im Jahre 1814 gegründet worden. Ihm sind im Laufe der Jahre noch 17 weitere Anstalten gefolgt, die dem gleichen Zweck dienen. Alle sind lediglich durch freiwillige Beiträge entstanden und werden ganz durch solche erhalten. Es würde zu weit führen, die Einrichtungen dieser Häuser hier eingehend zu beschreiben, aber Einiges über die beiden Besten derselben zu berichten, kann ich mir nicht versagen. Es sind das die Anstalten im westlichen Bezirke Londons, Brompton und in Ventnor auf der Insel Wight.

Das Brompton-Hospital steht in einem 121 ar grossen, mit Pflanzungen versehenen Areal. Es ist ein mächtiges Gebäude mit einem Mittelbau von 200′ und zwei Flügelbauten von je 190′. Im Parterregeschoss sind die Räume für die Verwaltung, die Aerzte, die Laboratorien, die Vorsteherin der Schwestern und des weiblichen Dienstpersonals, für Vorrathskammern und weitere wirthschaftliche Bedürfnisse. Im ersten Stock sind die Krankensäle für die Weiber, welche für 100 Betten eingerichtet sind. Die Säle haben eine Höhe von 14′. Sie führen auf 10′ breite Corridore, welche von den nicht bettlägerigen Kranken tagsüber als Aufenthaltsort benützt werden und die zu dem Zweck mit Sofa's, Tischen, Rollstühlen behaglich eingerichtet sind. In gleicher Weise dient der zweite Stock für die Männer. Alle Räume werden gleichmässig durch Warmwasserheizung erwärmt, so dass zwischen den Krankensälen und den Corridoren kein Temperaturunterschied besteht. Selbstverständlich ist für vortreffliche Ventilation Sorge getragen, wie die Aborte, die Baderäume allen Anforderungen entsprechen. In einem Neubau ist ferner noch Platz für weitere 140 Kranke, so dass im Ganzen 340 Betten belegt werden können und thatsächlich auch stets belegt sind. In diesem 2. Haus sind die Schlafräume in mehrere Theile getheilt, derart, dass der einzelne Raum nur 1 bis höchstens 8 Betten enthält. Auf jedes Bett kommt ein Luftraum von 1400 Cubikfuss. Durch Fahrstühle ist für mühelose Bewohnung der oberen Stockwerke gesorgt. — Um den Patienten, welche ja lange Zeit im Hospital zu verbleiben haben, Zerstreuung zu bieten, sie gemüthlich in denkbar bester Stimmung zu erhalten, ist ein grosser Musiksaal mit Bühne vorhanden für musikalische und theatralische Aufführungen, die fast täglich stattfinden, ferner ist für Spiele, Zeitungen, gute Bibliothek Sorge getragen. Ist dieses Hospital, das leider den Fehler, dem Rauch und Russ der Millionenstadt zu nahe zu sein, mit den meisten der anderen theilt, schon ein für unsere Begriffe höchst comfortables Krankenhaus, so wird es doch weit übertroffen von dem Schwindsuchtshospital in Ventnor auf der Insel Wight. Dasselbe, auf der Südseite der durch ebenso schöne Natur als gutes Klima ausgezeichneten Insel gelegen, besteht aus 10 Häusern, die für je 12—18 Personen berechnet sind. Für jeden Patienten ist ein eigenes Schlafzimmer vorhanden, für je 6 ein Wohnzimmer. Selbstverständlich ist für Heizung, Ventilation, Closetanlagen, Badevorrichtungen auf das Beste gesorgt. An der Südseite der Häuser ist eine breite, gedeckte, mit Glas geschlossene Veranda gebaut, vor welcher sich noch Balcons befinden, auf welchen die Kranken im Freien liegen können. Alle Zimmer sind mit Blumen und Bildern geschmückt. Spiele, Musikinstrumente, gute Bücher, Zeitungen sind in reicher Menge vorhanden. Die ganze Anlage liegt in einem grossen, gartenartig angelegten wellenförmigen Terrain, von dessen Höhenpunkten der Blick über das Meer schweift. 132 Personen finden in diesem Hospital Unterkunft. Selbstverständlich sind stets alle Plätze belegt. Seit dem Jahre 1868 haben mehr als 10000 Personen dort Verpflegung gefunden, sehr Viele sind geheilt und ihrem Lebensberuf wieder zugeführt worden.

An alle diese Anstalten sind grosse Polikliniken zur ambulanten Behandlung von Phthisikern angereiht. Sie verdanken, wie schon erwähnt, lediglich der Privatwohlthätigkeit ihre Entstehung und ihren Unterhalt. Grosse Legate, öffentliche Sammlungen, regelmässige Beiträge bringen die ungeheuren Summen auf, welche zur Gründung und Unterhaltung solcher grossartiger Unternehmungen nothwendig sind. 7000 Brustkranke finden jährlich in ihnen Verpflegung. Wenn ich es auch für unrichtig halte, die statistisch nachgewiesene recht beträchtliche Abnahme der Tuberculose in England lediglich als die Folge dieser Anstalten anzusehen, vielmehr den grossen allgemeinen hygienischen Verbesserungen einen Theil des Verdienstes zuschreibe, so scheint mir doch sicherlich der Antheil der Anstalten ein beträchtlicher zu sein.

Was ist gegenüber so grossartigen Leistungen ausserhalb Englands geschehen?

In Amerika sind einige Anstalten vorhanden, ebenso in Frankreich, alle aber in kleinerem Maassstab und in geringerer Zahl wie in England.

In Oesterreich ist es der Initiative Prof. v. Schrötter's zu danken, dass die Frage in's Rollen gekommen ist. Seine erste Anregung im Jahre 1883 verlief zwar trotz vieler Commissionssitzungen im Sande. Dadurch nicht abgeschreckt regte er 1890 durch einen Vortrag zur Bildung eines Vereines an, der nun im Besitze von 150,000 Gulden sich befindet. Wie mir Schrötter zu schreiben die Güte hatte, hofft er bald die nöthige Summe zu erhalten, um in der Nähe Wien's an waldreicher geschützter Stelle eine Anstalt zu bauen, die vorerst für 100 Betten berechnet so erweiterungsfähig ist, dass die Zahl derselben auf 300 vermehrt werden kann. Aufnahme sollen dann in dieser Anstalt die verschiedenen Stadien der Tuberculose mit Ausnahme etwa der absolut schlechte Prognose Gebenden finden.

Gegenüber diesen erfolgreichen Bestrebungen ist in Deutschland noch wenig erreicht. Aber an verschiedenen Orten regt sich das Interesse für die gute Sache und sind Anfänge zu bemerken.

Als Erster in Deutschland hat der Besitzer des Sanatoriums in Reiboldsgrün Dr. Driver im Jahre 1882 in der Gartenlaube einen Aufruf zur Gründung von Anstalten für arme Brustkranke ergehen lassen. Derselbe ist ungehört verhallt. In einer Denkschrift an den König von Sachsen hat er dann unter Beibringung statistischen Materials im Jahre 1890

in warmen Worten auf die Dringlichkeit, solche Sanatorien zu gründen hingewiesen und namentlich auf die günstige Wirkung des Gebirgsklimas aufmerksam gemacht.

Ferner hat in der Generalversammlung des niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Düsseldorf am 2. December 1889 Finklenburg in einem eingehenden Vortrag die Nothwendigkeit der Errichtung von Sanatorien klargelegt. Er fordert solche Sanatorien für Arme und hält ihre Errichtung für eine Pflicht der Humanität. Staat und Gemeinde, wenn möglich Cassen und vor Allem die Privatwohlthätigkeit müssen zusammen stehen, diese Pflicht zu erfüllen. Für dieAnstalten fordert er reine Luftbeschaffenheit des Ortes, an dem sie gebaut werden sollen, trockenen Wohngrund mit nicht stagnirendem Grundwasser, Schutz gegen Nordost- und Nordwestwinde durch vorliegende Gebirgsrücken oder durch Hochwald, eine dem ausgiebigen Luftgenuss angepasste bauliche Einrichtung der Anstalt, kräftige Diät, strenge ärztliche Leitung der Lebensweise der Patienten, ruhige vom Verkehr unbehelligte Umgebung. — Die Anstalt soll nur solche Patienten aufnehmen, bei welchen Aussicht auf Heilung besteht.

Der Correferent in dieser Versammlung, Zimmermann, geht des Näheren auf die Anforderungen ein, welche vom wirthschaftlichen Standpunkt gestellt werden müssten. Er stellt die Anforderung: Hinreichend grosses Grundstück, um so viel als möglich die landwirthschaftlichen Bedürfnisse selbst erzeugen, namentlich eine ausgedehnte Milchwirthschaft betreiben zu können; Nähe einer Eisenbahnstation; Ermöglichung billiger Verpflegungssätze. Um letzteres erreichen zu können, müsse im Hinblick auf die Verwaltungskosten eine Anstalt mit täglicher Belegung von 200 Kranken erbaut werden. Als Anlagecapital seien 600,000 M. nothwendig; die Verpflegungskosten für eine solche Anstalt müssten auf M. 1. 50 pro Tag und Kopf berechnet werden.

Zum Aufbringen der grossen Kosten schlägt er einen interessanten Modus vor. Er denkt sich als Träger der Veranstaltung einen Verein, welchem die gesetzliche Grundlage der Actien-Gesellschaften zu geben sei. Das Anlagecapital würde in einzelne Betheiligungen zerlegt, derart, dass auf eine bestimmte Summe der Betheiligungen das Recht erwachse, anstatt der Einnahme von Tantiemen und Dividenden einen Kranken zur Aufnahme in die Anstalt zu präsentiren, für welchen nur die Selbstkosten der Verpflegung in Anrechnung zu kommen haben. Als Abnehmer solcher Betheiligungen sind Gemeinden, Privatwohlthäter etc. gedacht. —

In der an diese Referate sich knüpfenden Debatte wurde von einzelnen Rednern der Gesichtspunkt vertreten, dass es sich bei der Errichtung von Volkssanatorien für Tuberculöse nicht lediglich darum handle, heilbare Lungenkranke der Genesung zuzuführen, vielmehr auch vorzugsweise darum, die Tuberculösen, welche eine stete Infectionsquelle für ihre Umgebung seien, abzusondern. Mit Recht wurde vor dieser ungeheueren Erweiterung der Aufgabe gewarnt, von Seite der Regierung erklärt, dass bei dem gegenwärtigen Stand der Angelegenheit auf eine namhafte Unterstützung von Seite des Staates und der Provinz nicht zu rechnen sei. — In der That ist auch meines Wissens bisher in der Rheinprovinz weder ein Verein gegründet noch eine Anstalt gebaut worden.

Sanitätsrath Lohmann in Hannover hat im Jahre 1890 die Frage zum Gegenstand eines eingehenden Vortrages gemacht. Er empfiehlt den Bau einer Anstalt in mässiger Höhe unter allen jenen hygienischen Anforderungen, welche allerwärts gefordert werden und schlägt den Harz als dafür ganz besonders geeignet vor. — Schon im Jahre 1888 hatte sich in Hannover ein Verein zur Erreichung dieses Zweckes gebildet. Durch die Privatwohlthätigkeit solle nach Lohmann's praktischem Vorschlag die Anlage und Erhaltung der Anstalt in die Hand genommen werden, während die Armenverbände die Capitalien für den Bau zu beschaffen hätten, sei es durch Schenkung oder durch unverzinsliche oder niedrig verzinsliche Darlehen, durch welche sie das Recht erwerben auf Verpflegung der von ihnen überwiesenen Kranken zu den niedrigsten Verpflegungssätzen. Der Staat würde sich durch Gewährung unentgeltlicher oder billiger Bauplätze auf fiskalischem Besitz und Gewährung von Geldmitteln aus disponiblen Fonds zu betheiligen haben.

Aus den 4 Jahresberichten des Hannover'schen Vereins geht hervor, dass bisher das Ziel nicht erreicht worden ist.

Um aber einen Anfang zu machen und wohl auch in der Absicht, weiteren Kreisen die Nützlichkeit des Unternehmens klar zu machen, hat der Verein eine kleine Anzahl von Kranken zuerst nach St. Andreasberg, später nach Rehburg im Harz — einzelne auch nach Lippspringe — geschickt. Der Erfolg war ein befriedigender, namentlich seitdem eine längere Aufenthaltsdauer (3 Monate) für die Patienten gewährt wurde. Es werden nicht nur beginnende Fälle, sondern auch fortgeschrittene zu dieser Cur zugelassen. Nur solche können die Wohlthat geniessen, für welche Kranken- oder Armencassen, Private den grösseren Theil der Verpflegskosten zahlen, während der Verein nur die Mehrkosten übernimmt.

Als ein Zweig des Hannoverischen hat sich ein Verein in Bremen aufgethan, der sich bald aus äusseren Gründen selbstständig machend, Dank dem Bürgersinn der alten freien Reichsstadt, nun in dem Besitz eines Hauses für arme Brustkranke gelangt ist. Dasselbe wird gegenwärtig um den Preis von 75,000 M. in Rehburg im Harz erbaut und soll im Mai dieses Jahres bezogen werden. Dasselbe wird für 36 Patienten Raum bieten, vorerst aber durch 24 belegt werden. Im Mittelbau befinden sich die Verwaltungs- und Versammlungsräume, in den 2 Flügeln die Schlafräume für je 12 Kranke. Ein Corridor durchzieht das ganze Gebäude; zwei nach Süden offene Veranden ermöglichen den Luftgenuss im Liegen — der Bau ist so aufgeführt, dass ein 2. Stock aufgesetzt werden kann. Vor der Hand sollen nur Patienten Aufnahme finden, welche von Krankencassen der Armenpflege oder zu den gleichen Bedingungen überwiesen werden, unter denen sie in den Krankenhäusern aufgenommen werden. Etwaiges Deficit ist aus den Vereinsbeiträgen zu begleichen.

Der freien Reichsstadt Bremen ist Frankfurt noch zuvorgekommen. Dort hatte sich 1891 ein Verein für Reconvalescentenanstalten constituirt, welcher in Neuenhain bei Soden ein Reconvalescentenheim gründete. Der Andrang Lungenkranker war von vornherein ein so grosser, dass sich die Nothwendigkeit, für diese eine eigene Anstalt zu gründen, sofort gebieterisch geltend machte. Glückliche äussere Verhältnisse ermöglichten die alsbaldige Gründung einer solchen.

Die für Israeliten strenger Observanz errichtete Anstalt des Dr. Hirsch, die 1/4 Stunde von der grossen Dettweiler'schen Anstalt entfernt liegt, war eingegangen. Das für den Zweck gebaute Haus konnte um billigen Preis für eine Reihe von Jahren gemiethet werden. Mit 10000 M. konnte das Haus völlig reparirt und eine Liegehalle angebaut werden. Die Nähe Falkensteins ermöglicht die ärztliche Leitung der Anstalt durch die dortigen bewährten ärztlichen Kräfte und so ist dort die erste Volksheilstätte für Lungenkranke entstanden und durch sie ein Muster, wie eine solche den deutschen Verhältnissen entsprechende Anstalt hergestellt und geleitet werden soll. 21 Räume, fast alle nur mit einem Bett belegt, stehen zur Verfügung. Ausser den Wirthschafts- und Verwaltungszimmern birgt das Haus einen grossen Speisesaal, einen Wintergarten und die eben erwähnte Liegehalle. Für Patienten, welche von Cassen zugewiesen werden, sind 2 M. pro Tag zu zahlen; für keiner Casse Angehörende ist der Preis auf 2,50 M. festgesetzt. Der grosse Zudrang macht jetzt schon eine Vergrösserung der Anstalt wünschenswerth; besonders nothwendig erscheint aber die Erbauung einer 2. Anstalt für Frauen, da die bestehende nur Männer aufnimmt.

Die durch den Satz von 2 M. und 2,50 M. nicht gedeckten Kosten hat der Verein aufzubringen. Doch hat der Magistrat Frankfurts eine Zubusse von 3000 M. schon jetzt zugesichert. Mit 15 Kranken-Unterstützungscassen und Hospitälern in Frankfurt und Bockenheim sind Verträge abgeschlossen, auf Grund deren die Patienten zuerst auf 3 Wochen und dann auf ärztliches Gutachten hin auf weitere 9 Wochen Aufnahme in der

Anstalt um den Preis von 2 M. erhalten. Grundsätzlich sollen nur „leichter Erkrankte“ aufgenommen werden. — Besonders hervorzuheben ist hier noch, dass Geheimrath Dettweiler, der verdienstvolle Leiter der Anstalt Falkenstein und im Verein mit seinen Assistenten der ärztliche Director dieser ersten Musteranstalt sich bereit erklärt hat, Aerzte, welche die Leitung an solchen zu gründenden Anstalten übernehmen wollen, auf die nöthige Zeit als Volontäre aufzunehmen, damit dieselben sowohl in die Verwaltung, als besonders in die Methode der Behandlung eingeweiht werden können.

In Stettin soll jetzt auf ärztliche Anregung hin ein Verein zu gleichem Zwecke gegründet werden, der sich zur Aufgabe gestellt hat, eine Anstalt zu bauen, die an der Ostsee gelegen ca. 30 Kranken Aufnahme gewähren soll.

(Schluss folgt.)

Aus der gynäkolog. Privatklinik von Dr. Simon in Nürnberg.

Zwei Kaiserschnitte.

Von Dr. *Max Simon*.

Noch ist kein Jahrzehnt verflossen, seit die Resultate des conservativen Kaiserschnittes eine so erfreuliche Wendung zum Bessern nahmen, und schon sucht, dem wechselsüchtigen Zuge unserer Zeit folgend, eine andere Operation ihm das kaum gewonnene Terrain streitig zu machen, eine Operation, die noch in den letzten Jahren von unseren geburtshilflichen Lehrbüchern als im Princip verfehlt, gänzlich verworfen wurde, jetzt, von Süden her, sich bei uns wieder Eingang zu verschaffen sucht.

Ich hatte noch keine Gelegenheit oder Veranlassung die Symphyseotomie auszuführen; nach den bisher erschienenen Mittheilungen ist dieselbe indess doch mit einigen Nachtheilen verbunden, die es mir zweifelhaft erscheinen lassen, ob sie dem Kaiserschnitt grosse Concurrenz machen wird. Schon der Umstand, dass auch bei der Maximalspannung der durchtrennten Schambeine bis 6—7 cm die Conjugata doch nur um $1^1/_2$ bis $1^3/_4$ cm vergrössert wird, weist der Symphyseotomie, wenn sie auch betreffs der Kinder die gleichen günstigen Resultate wie der Kaiserschnitt erzielen will, doch nur die mässig verengten Becken zu, bei denen der Kaiserschnitt fast nie in Frage kam.

Auf die Nachbehandlung, die beim Kaiserschnitt ganz negativ, kommt bei der Symphyseotomie Alles an und werden sich hier in der Privatpraxis, in der sich diese Operation wegen ihrer geringeren septischen Gefahr eventuell mehr empfiehlt, wegen der Uncontrollirbarkeit der Fixation des Beckens oft grosse Schwierigkeiten entgegenstellen.

Ich will nicht weiter auf die Vor- und Nachtheile beider Operationen eingehen. Die Zukunft wird Klarheit schaffen. Angesichts der zu erwartenden zahlreichen Symphyseotomiecasuistik wird es angezeigt sein, auch über die Kaiserschnitte weitere Mittheilungen zu machen und lasse ich die Operationsgeschichten zweier Kaiserschnitte folgen, welche ich im Monat November mit günstigem Ausgange für Mutter und Kind in meiner Anstalt ausgeführt habe.

Frau Schr., 21 Jahre alt, tritt am 6. November mit schwachen Wehen in die Anstalt. Sie ist II p.; die erste Entbindung hatte vor nicht ganz einem Jahre stattgefunden. Ich war damals nach 3tägigem Kreissen gerufen worden und musste bei der hochgradigen Beckenverengerung und Verweigerung des Kaiserschnittes seitens der Angehörigen die Perforation des lebenden Kindes vornehmen. Ich hatte dabei reichlich Gelegenheit, mich von der hochgradigen räumlichen Beschränktheit des Beckens zu überzeugen. Das Wochenbett verlief ganz normal und die Frau war nach 3 Monaten wieder schwanger. Nachdem der Ehemann bereits seine erste Frau, die ebenso klein gewesen sein soll, an den Folgen einer Perforation verloren hatte und sehnlichst ein lebendes Kind verlangte, ging er auf meinen Vorschlag ein und brachte beim Wehenbeginn die Frau in meine Klinik. Dieselbe ist 135 cm gross, trägt an Zähnen und Gliedern deutliche Zeichen früherer Rachitis, giebt an, erst mit 7 Jahren laufen gelernt zu haben und ist von mittlerem Ernährungszustand. Der Puls ist andauernd 120.

Die Beckenmaasse sind: Dist. spin. 22, Dist. crist. 25, Dist. troch. 29, Conj. diag. 9,0, Conj. vera 7,0 (Symphyse sehr dick).

Der Leib hat Spitzbauchform, das Kind in 2. HHL, Blase steht, Mm. für 2 Finger durchgängig.

Erst am Abend kamen stärkere Wehen. Da ich bei Gaslicht nicht gerne operire, wurden die Wehen durch Morphium etwas gedämpft. Am 7. November früh 6 Uhr war der Mm. verstrichen und sprang die Blase. Die innere Untersuchung wurde überhaupt nur 2mal ausgeführt, bei der Ankunft und beim Blasensprung.

Die Kreissende erhielt ein Vollbad, und nach den üblichen Laparotomievorbereitungen begann die Operation um 8 Uhr. Antiseptica wurden nur zur subjectiven und Bauchdeckendesinfection genommen, im Uebrigen wurde aseptisch operirt. Bauchschnitt handbreit über dem Nabel beginnend bis zur Symphyse, gleich bis zum Peritoneum, dieses spaltend. Hervorwälzen des Uterus, der Assistent schliesst mittelst Muzeux hinter ihm die Bauchdecken. Längsincision im Fundus, der Assistent entwickelt das Kind, das sofort einen Schrei ausstösst, aber nicht zu athmen beginnt; trotzdem die Hebamme verschiedene Wiederbelebungsversuche macht, bleibt das Kind bei gutem Herzschlag asphyktisch; erst als der Assistent zu Hilfe kam und mittelst Trachealcatheter Schleim aspirirte, begann die Athmung und nach ca. 20 Minuten war das Kind zum Leben völlig erwacht; die Ursache dieser Asphyxie, die wohl nicht als Euapnoe gedeutet werden kann, kann ich mir nur als Folge der zu raschen Entwickelung denken.

Inzwischen hatte ich die ziemlich fest adhärente Placenta und Eihäute gelöst und den Gummischlauch umgelegt. Rasch wurden in kaum 1 cm Entfernung 14 Seidennähte gelegt. (Turner No. 7.) Auf Vermeidung der Decidua wurde kein besonderes Gewicht gelegt. Beim Knoten falzte sich das Peritoneum sehr schön ein und ich glaube, dass man wohl auf die Decknaht hätte verzichten können; da ich aber von derselben nur gute Erfolge gesehen, legte ich nach Abnahme des Schlauches ca. 25 seroseröse Nähte mit feiner Seide. Obwohl der Schlauch nur 5 Minuten gelegen, wurde der Uterus doch mehrmals atonisch und ging viel Blut durch die Scheide ab. Ergotin, das schon zu Beginn der Operation mehrmals gegeben, wurde auch jetzt injicirt, und die Bauchhöhle geschlossen. Von da ab erfolgte keine Blutung mehr. Die ganze Operation dauerte 1 Stunde.

Der Puls stieg gleich nach der Operation auf 160 und hielt sich die drei ersten Tage auf dieser Höhe, was die Prognose recht zweifelhaft machte, zumal, wenn auch bei stets normaler Temperatur, am 3. Tage Meteorismus und Erbrechen auftrat.

Indess auf durch Ol. ricini erzielte mehrfache Stuhlgänge fiel der Puls auf 112 und blieb so bis zur Entlassung.

Der weitere Verlauf war durchaus normal, die Bauchwunde heilte p. p., am 14. Tage stand die Frau auf und verlies am 18. Tage gesund die Anstalt.

Das Kind, ein Mädchen, war gut entwickelt, 49 cm lang, 3180 g schwer und gedieh bei Ernährung mittelst Soxhlet ganz gut.

Der 2. Fall betraf eine kräftig gebaute Bäuerin im besten Ernährungszustande; dieselbe war auswärts vor einem Jahre mittelst Perforation zum ersten Male entbunden. Die Entbindung soll sehr schwer gewesen sein, die Frau erkrankte darauf fieberhaft und war 14 Wochen bettlägerig.

Im 7. Monate der zweiten Schwangerschaft kam die Frau zu mir wegen event. Frühgeburt; da ich aber bei der Beckenbeschaffenheit die Aussichten der Frühgeburt recht ungünstig fand und die Frau durchaus diesmal ein lebendes Kind verlangte, schlug ich ihr vor, behufs Kaiserschnitt in meine Klinik zu kommen.

Am 25. November früh kam sie mit schwachen Wehen.

Die Untersuchung ergab: Mittelgrosse kräftig gebaute Frau, gut entwickeltes Fettpolster. Zeichen von Rachitis nicht nachweisbar. Die Frau leidet an angeborener doppelseitiger Hüftgelenksluxation. Der Gang ist bei stark zurückgelegtem Oberkörper ein ausgeprägt watschelnder. Die Dislocation des Femurkopfes nach hinten ist sehr bedeutend.

Das Becken ist in Folge dessen stark abgeplattet. Die Maasse sind: Dist. spin. 22, Dist. crist. 25, Dist. troch. 35, Conj. diag. 9,75, Conj. ver. 7,75—8,0.

Der Cervix war zum Theil noch erhalten, Mm. für 1 Finger durchgängig, Kind in II. Gesichtslage.

Die Wehen wurden Tags über etwas stärker, aber nicht heftig, der Cervix verstrich langsam, der Mm. war Abends 5 Uhr Markstückgross, und da ich die Geburt nicht bis zum anderen Tage hinziehen wollte, nahm ich Abends bei Gaslicht die Operation vor. Dieselbe wurde ganz wie im ersten Falle gemacht, unterschied sich nur durch den sehr guten Ernährungszustand dieser Frau gegenüber der ersten, wodurch die ganze Operation wesentlich blutiger wurde. Die Bauchdecken waren hier 3 Querfinger dick, in Folge dessen straffer, so dass der Bauchschnitt fast bis zum Processus xyphoideus ausgedehnt werden musste, wodurch eine sehr grosse, stark blutende Bauchwunde entstand; ohne mich mit der Blutstillung aufzuhalten, wurde der Uterus hervorgewälzt, der Schlauch provisorisch umgelegt, und der Uterus an der Vorderseite incidirt. Die Uteruswand war hier 3 mal so dick wie im ersten Falle; da die Placenta vorne sass, musste sie durchbohrt worden; nach dem Abfluss des Fruchtwassers wurde das Kind langsam extrahirt; dasselbe schrie sofort und begann sogleich zu athmen. Nach Entfernung der sich selbst lösenden Placenta und Eihäute und Festziehung des Schlauches wurden 12 Seidennähte durch die ganze Dicke des Uterus gelegt, geknotet mit genauer Einfalzung des Peritoneums und der Schlauch gelöst. Der Uterus war

vorzüglich contrahirt und blutete gar nicht. Auch hier legte ich eine seroseröse Naht an und schloss die Bauchhöhle. Die ganze Operation dauerte 3/4 Stunden; einen grossen Theil der Zeit beanspruchte indess die Naht der enormen Bauchwunde.

Der Verlauf war hier ein idealer; vom 2. Tage an war die Frau von einer Wöchnerin, die ganz leicht und normal entbunden hat, nicht zu unterscheiden. Puls und Temperatur überschritten nie die normalen Grenzen.

Die Bauchwunde heilte p. p.

Heute am 14. Tage steht die Wöchnerin auf und weiss nicht genug die Leichtigkeit der diesmaligen Entbindung gegenüber der vorjährigen zu rühmen.

Das Kind, ein kräftiges Mädchen, 50 cm lang, 3200 g schwer, trank die ersten 8 Tage an der Mutterbrust, da aber die Warzen wund waren, erhielt es Soxhlet, bei dem es sehr gut gedeiht.

Beide Fälle zeigen, dass unter günstigen äusseren Verhältnissen die Prognose des Kaiserschnittes eine durchaus gute ist, und dass dann diese Operation zu einer äusserst segensreichen wird, indem sie in manchen von der Natur stiefmütterlich behandelten Fällen uns noch die Möglichkeit giebt, dem Ideale aller geburtshilflichen Operationen: gesunde Mutter, lebendes Kind — gerecht zu werden.

Unter den günstigen äusseren Verhältnissen verstehe ich:

1) Die Operation muss in einem Raume ausgeführt werden können, der uns gestattet, dieselbe zu einer durchaus aseptischen zu gestalten, also am besten in einem öffentlichen oder Privatkrankenhause.

2) Die Kreissende muss selbst, in geburtshilflichem Sinne, aseptisch sein, am besten noch gar nicht untersucht; ebenso soll womöglich die Blase noch nicht gesprungen sein.

3) Dem Operateur, der selbst die Laparotomietechnik beherrschen muss, soll eine geschulte Assistenz zur Seite stehen.

Der beste Zeitpunkt zur Ausführung der Operation ist wohl der, wenn der Muttermund eben im Verstreichen ist und der Blasensprung bevorsteht.

Der wichtigste Punkt bei der Operation selbst ist unzweifelhaft die exacte Naht des Uterus, wobei es nur darauf ankommt, dass die glatten Schnittränder fest aneinander kommen, und dass das Peritoneum sich gut einfalzt; das Vermeiden der Decidua ist nicht nothwendig, ebenso glaube ich, dass die seroseröse Decknaht entbehrt werden kann, wenn sich die Peritonealränder gut adaptiren.

Auch werde ich in Zukunft zur weiteren Vereinfachung den Gummischlauch weglassen. Um die Blutung möglichst einzuschränken, wird rathsam sein den Schnitt nicht in die Vorderwand zu legen, wo er oft bis zum unteren Uterinsegment und den grossen Gefässgebieten reichen muss, sondern ganz in den Scheitel des Uterus.

Als Nahtmaterial benütze ich wie bei allen Laparotomien ausschliesslich geflochtene Seide.

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Casuistischer Beitrag zur Operation des Leberechinococcus.

Von Dr. Hans Doerfler in Weissenburg a. S.

Der Metzgergeselle B. von H., 17 Jahre alt, hatte vor 4 Jahren im Anschluss an einen heftigen Gelenkrheumatismus eine Insufficienz der Mitralklappe acquirirt. Seit jener Zeit war er ganz gesund. Anfangs März bekam Patient plötzlich heftige Schmerzen in der Magengegend. Die Schmerzen dauerten nur wenige Minuten, waren aber sehr hochgradig, stechend und drückend. Gelegentlich einer Untersuchung in der Sprechstunde konnte damals bereits ein im linken Leberlappen sitzender eigrosser harter Tumor constatirt werden.

Ende April Aufnahme des Patienten in's hiesige Krankenhaus wegen häufiger auftretender Schmerzattaquen in der Magengegend. Der sonst blühend aussehende kräftige Patient zeigt einen hühnereigrossen harten Tumor des linken Leberlappens. Ausser der alten Mitralinsufficienz nichts Abnormes. Kein Fieber, kein Ikterus. In der schmerzfreien Zeit guter Appetit und ausgezeichnetes Wohlbefinden. Die Schmerzanfälle selbst dauerten etwa 1/4 bis eine ganze Stunde und waren in ihrem Auftreten Gallensteinkoliken sehr ähnlich; fast täglich 1 oder 2 Schmerzanfälle.

Ende Mai trat Abends Fieber schwankend zwischen 38,5 und 40,1 auf. Die Morgentemperatur blieb noch längere Zeit normal. Zu gleicher Zeit Steigerung der Schmerzen und Vergrösserung des Lebertumors. Die Schmerzen wurden nun continuirliche, waren der heftigsten Art, wurden localisirt in die Magengegend, Kreuz und linken Schultergegend. Nur geringe Linderung der Schmerzen durch stärkste Morphiuminjectionen. Für einige Tage tritt starker Ikterus auf, der aber wieder ganz verschwindet.

Gegen Anfang Juni war der Zustand trostlos geworden. Der Patient war stark abgemagert, die Temperatur schwankte stets zwischen 39.5 und 40,6, der Lebertumor war am 10. Juni bis in die Nabellinie herabgestiegen; derselbe war jetzt auf Druck sehr empfindlich. Am 9. Juni heftiger Schüttelfrost. Am 13. Juni der linke Leberlappen als deutliche Vorwölbung im Epigastrium sicht- und fühlbar, bei jedem Athemzug heftigste Schmerzen ausstrahlend in die Herz- und linke Supraclaviculargegend. Rasende Schmerzen.

Probepunction am 13. Juni auf der Höhe des Tumors vorgenommen ergiebt übelriechenden Eiter.

Nachmittags desselben Tages Laparotomie. Die Assistenz leistete die aseptisch geschulte Krankenhausdiakonissin. Der linke Leberlappen präsentirt sich nach Eröffnung der Bauchhöhle als gelblichrother vorgewölbter Tumor. Einlegung sterilisirten Gazetampons in die Bauchwunde.

Am 16. Juni, also 3 Tage nach vorausgegangener Laparotomie erster Verbandwechsel. Der Tampon fest verfilzt mit der Bauchwunde. Nach vorsichtiger Lösung derselben zeigt sich die Leberoberfläche allenthalben fest mit dem Peritoneum parietale verwachsen. Sofortige Eröffnung des Leberabscesses. Es entleert sich eine Unmasse Eiter und circa 60 gelbgefärbte furchtbar stinkende Echinococcusblasen nebst übelriechendem Gas. Einführen eines 20 cm langen fingerdicken Gummirohrs in die Abscesshöhle. Reichliche Ausspülung der Leberhöhle entleert noch massenhaft Echinococcusblasen.

In der Nacht vom 16. auf 17. Juni zum erstenmal guter Schlaf ohne Morphium. Verband durch gallig gefärbte Flüssigkeit durchtränkt. Beim Verbandwechsel Wundfläche gelblich verfärbt durch die reichlich ausfliessende Galle. Am 18. Juni Patient deutlich ikterisch, Stuhl 3mal diarrhoisch.

Am 19. Juni Ikterus fast ganz verschwunden. Sehr gutes Allgemeinbefinden. Verband wieder total mit gelber Flüssigkeit durchtränkt. Bei Entfernung der Drainage behufs Reinigung Entleerung reichlichen gelblichgefärbten, mit vielen Blasen untermischten süsslich riechenden Eiters. Ausspülung der Leberhöhle.

Die Temperatur hatte bis zum 21. Juni 38,4 Abends nicht mehr überschritten. Am 21. Juni wird ein rohes Beefsteak gut vertragen. Patient hat grossen Hunger.

Die Temperatur blieb bis zum 28. Juni Abends immer noch leicht fieberhaft, ging jedoch nie über 38,7 hinaus. Am 28. Juni entleert sich beim Verbandwechsel eine 10 cm lange, 3 cm breite gelblich gefärbte Membran. Die Höhle verkleinert sich zusehends. Das Drainrohr ist bereits um die Hälfte gekürzt.

Fortwährend riesiger Gallenabfluss aus der Wunde; die Galle hat ein mächtiges Erythem der Bauchhaut mit blasiger Erhebung der Epidermis bewirkt. Am 1. VII. kein Eiter mehr, nur gelbgrünliche Galle. Bis dahin Stuhl farblos; trotz ausgezeichneten Allgemeinbefindens und vollkommen fieberlosen Verlaufs nimmt Patient nur langsam zu, offenbar in Folge des grossen Gallenverlustes.

8. Juli: Allgemeinbefinden sehr gut. Zum erstenmal gallig gefärbter Stuhl. Beim Verbandwechsel findet sich das Drainrohr ausserhalb der Wunde liegend. Die Oeffnung der Leberwunde hat sich bedeutend verengert, so dass das Drainrohr nicht mehr eingeführt werden kann. Die Gallenabsonderung aus der Wunde hat fast vollkommen aufgehört. Die Wunde granulirt lebhaft.

Am 16. Juli konnte Patient bereits in den Garten gehen. Am 19. Juli wurde der noch Vorsichts halber eingelegte Jodoformtampon weggelassen.

Am 27. Juli konnte Patient vollkommen geheilt entlassen werden.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Beiträge zur Chirurgie. Festschrift, gewidmet Theodor Billroth von seinen dankbaren Schülern. Stuttgart, Enke, 1892.

Der stattliche, zum Billrothjubiläum von den meisten Schülern verfasste Textband ist nicht weniger als 667 Seiten stark und enthält eine grosse Reihe sehr werthvoller Beiträge. Wir müssen uns darauf beschränken, die einzelnen Arbeiten aufzuzählen und, soweit es möglich, eine kurze Inhaltsangabe desselben zu geben.

1) O. Wyss: **Ueber Hernia ventralis lateralis congenita und ihre Beziehungen zur Hernia lumbalis.**

W. giebt die genaue Beschreibung einer Hernie bei einem 10 Monate alten Knaben, die zuerst als Hernia lumbalis gedeutet wurde, sich aber bei der genauen anatomischen Untersuchung als nicht zu dieser Gruppe gehörig erwies. Es ergab sich nämlich, dass die Hernie bedingt war durch einen Defect in drei Muskeln der Bauchwand, im Obliquus externus (äussere Partie), Obliquus internus (hintere Hälfte) und im Transversus abdominis. W. schlägt für diese Bruchform den Namen Hernia ventralis lateralis vor. Der Bruch war angeboren.

2) Lumpe: **Ein Beitrag zur Uterus-Chirurgie.**

Besprechung der hauptsächlichsten an der Gebärmutter in Betracht kommenden operativen Eingriffe. Für die Totalexstirpation wird eine Combination des vaginalen und abdominalen Verfahrens empfohlen.

3) Scheimpflug: **Zur Behandlung tuberculöser Ellbogenerkrankungen im Kindesalter.**

Die conservative Behandlung der tuberculösen Ellbogengelenke schafft durchaus zweifelhafte Resultate. Auch die hygienisch-diätetische Behandlung am Meeresstrande ändert an dieser Thatsache nichts. Bei irgendwie erheblicher Erkrankung soll man mit der (atypischen) Resection nicht zu lange zögern. Zur Nachbehandlung ist der Aufenthalt an der Meeresküste ausserordentlich geeignet.

Des Verfassers Beobachtungen erstrecken sich auf 18 Fälle.

4) Büdinger: **Die Zungencarcinomoperationen der Klinik Prof. Billroth's.**

B. kann über 149 Operationen wegen Zungenkrebs an 139 Patienten berichten. 15 dieser Eingriffe endeten tödlich = 10 Proc. Mortalität. Ein Vergleich mit den Ziffern aus den Jahren 1867—76 ergiebt, dass die Mortalität um 15 Proc. abgenommen hat.

Von den 15 Todesfällen erfolgten 12 an Pneumonie. Von diesen 12 Gestorbenen hatten 8 anatomisch nachweisbare Degenerationserscheinungen des Gesammtorganismus.

Ueber 64 „geheilt" Entlassene konnte nachträglich genauere Auskunft erhalten werden. Von diesen waren recidivfrei 10 = 16,6 Proc., einer schon 8 Jahre lang. Länger als 1 Jahr überlebten die Operation 18 (28 Proc.).

Der Wundverlauf ist durch die verbesserte Technik wesentlich gebessert. die Heilungsdauer abgekürzt worden; die endgültigen Resultate der Operation sind ebenso traurige wie seit jeher.

Der Eingriff wurde immer in möglichst radicaler Weise ausgeführt. Zuerst Unterbindung einer oder beider Linguales und Ausräumung der Drüsengegend. Dann Exstirpation des Tumors vom Munde aus und sofortige Naht. Hülfsoperationen (Unterkieferresection) wurden nur in verhältnissmässig wenigen Fällen ausgeführt; die Methode der Operation hat sich eben bedeutend vereinfacht.

5) Kappeler: **Weitere Erfahrungen und neue Versuche über die Narkose mit messbaren Chloroformluftmischungen.**

Nachdem Verfasser vor 2 Jahren einen neuen Apparat zur Narkose mit messbaren Chloroformluftmischungen empfohlen hat, kann er jetzt über weitere 800 (im Ganzen 1000) mit diesem Apparate angestellte Narkosen berichten, die in der That ein ausserordentlich befriedigendes Resultat ergeben. Auf die Narkose kommt im Durchschnitt der erstaunlich geringe Verbrauch von 12,3 ccm Chloroform, auf die Minute 0,33 ccm. In 8 Minuten waren die Kranken im Durchschnitt operationsbereit.

Von den 800 Chloroformirten haben 698 nicht gebrochen, 20 zeigten Nausea und Brechbewegungen ohne Brechen, 82 brachen und zwar 21 erst nach vollendeter Operation.

667 Narkosen verdienen das Prädicat gut, 81 das Prädicat ziemlich gut, 52 Narkosen waren schlecht (lange Excitation, Muskelspannung, Cyanose, Kiefersperre), meistens in Folge Potatoriums.

Das Prädicat gut passt nicht zum wenigsten auf die Narkosen von mehr als 1stündiger Dauer. Für 14 länger als 2 Stunden dauernde Narkosen wurden im Durchschnitt 34,8 ccm Chloroform verbraucht.

K. weist noch einmal auf die Vorzüge seiner Methode gegenüber allen anderen — auch der Tropfmethode — hin und hebt als besonders wichtig hervor, dass in Perioden stürmischer und tiefer Athmung, z. B. in den Momenten nach vollständigem Athmungsstillstand, ohne irgend welche Vorsichtsmaassregeln, ohne die geringste Aenderung in Anwendung des Apparates, die Concentration der Chloroformdämpfe herabgesetzt wird.

Die ausgezeichneten Eigenschaften der K.'schen Methode erhellen auch aus einer Reihe von Versuchen an Kaninchen, die bekanntlich gegen Chloroform ausserordentlich empfindlich sind. Während von 40 mit K.'s Apparat chloroformirten Kaninchen nur ein einziges bei den bis auf 10 Stunden ausgedehnten Versuchen zu Grunde ging, erlagen bei der Tropfmethode noch während des Versuches von 20 14, bei der gewöhnlichen Methode mit Esmarch'scher Maske von 30 22. Auch für verschiedene andere bezüglich des Chloroforms in Betracht kommende Fragen bieten diese und andere Versuche wichtige Anhaltspunkte.

K. empfiehlt angelegentlichst seine Apparatchloroformirung als eine Methode, die unbedingt vor der Inhalation sehr concentrirter Dämpfe schützt.

6) Alexander Fraenkel: **Zur Frage der Schädeloperationen bei Epilepsie.**

Von den verschiedenen Formen der Epilepsie eignet sich, wie jetzt allgemein feststeht, nur die Jackson'sche zu einer chirurgischen Behandlung. Bei den dabei in Betracht kommenden Eingriffen muss sich nothwendigerweise die Frage aufdrängen, ob nicht unsere wegen corticaler Epilepsie ausgeführten Operationen und die an dieselben sich anschliessenden anatomischen Veränderungen an und für sich zur Quelle von gleichen oder ähnlichen pathologischen Zuständen werden können, wie diejenigen waren, in denen wir den Anlass zum chirurgischen Eingriffe gefunden hatten.

Um diese Frage zu entscheiden, hat Fr. an 6 Hunden Theile der motorischen Rindenzone exstirpirt, darnach die Dura durch Seidennähte vereinigt, das ausgemeisselte Knochenstück replantirt und die Weichtheilwunde vernäht. Von den 6 Hunden haben 2 nach Ablauf der Ausfallserscheinungen, die der Exstirpation der entsprechenden Centren folgten, das ausgesprochene Bild der corticalen Epilepsie dargeboten. Bei der anatomischen Untersuchung fand sich an der Operationsstelle eine stark eingezogene Narbe und feste Verwachsungen der Dura mit dem Gehirn einerseits und mit dem Schädeldach andererseits, mit anderen Worten Veränderungen, die vollkommen identisch sind mit den pathologischen Zuständen, wie sie meistens der dissociirten Epilepsie zu Grunde liegen. Man hat darnach jedenfalls Recht, wenn man für die Recidive nach derartigen Operationen am Menschen ebenfalls solche Narbenschrumpfungen verantwortlich macht.

Es ist wohl nicht von der Hand zu weisen, dass die Verwachsungen des replantirten Knochens mit der Dura möglicherweise eine Zerrung der Hirnrinde bewirken können. Es dürfte sich daher empfehlen, den Defect anstatt mit resecirten Knochen mit Celluloid zu decken, das erwiesenermaassen keine Verwachsungen mit der Unterlage eingeht.

7) v. Hacker: **Zur Statistik und Prognose der Verätzungen des Oesophagus.**

Im Ambulatorium der Klinik Billroth kamen während eines Zeitraums von 10 Jahren auf im Ganzen 41,366 Patienten 270 Oesophaguskranke. Von diesen sind 131 Fälle als Carcinom, 47 als Verätzungs-tricturen eingetragen. Nach dem Carcinom bildet also in Wien die Verätzungsstrictur die häufigste chirurgische Speiseröhrenerkrankung.

Ueber die Prognose der Speiseröhrenverätzungen ergaben die Ermittelungen v. H.'s Folgendes: An den directen Folgen der Vergiftung stirbt mindestens ein Drittel (bei Laugenvergiftung ein Viertel, bei Schwefelsäurevergiftung mehr als die Hälfte). Von den Ueberlebenden bekommen bei der Laugenvergiftung mehr als die Hälfte, bei Schwefelsäurevergiftung mehr als ein Drittel schwere Stricturen, der Rest leichtere oder keine. Von Kranken, die Verätzungsstricturen davontragen, erliegt mindestens noch der dritte Theil den Folgen derselben.

Es ist demnach sehr wünschenswerth, dass das Publicum über die Gefahren der Aetzstoffe, besonders der Laugenessenz mehr aufgeklärt wird.

5) v. Hochstetter: **Colica processus vermiformis** (Breuer).

Unter Colica processus vermiformis hat man nach Breuer eine chronische Entzündung des Processus vermiformis zu verstehen, die klinisch zu Anfällen schwerer Kolik, oft mit Fieber verbunden, führt. Anatomisch findet man am Wurmfortsatz die Zeichen eines heftigen chronischen Katarrhes mit starker Hypertrophie der Wand. Die Exstirpation des Appendix beseitigt die Beschwerden mit einem Schlage. Zwei lehrreiche Krankengeschichten werden mitgetheilt.

Dem Referenten scheint es nicht nothwendig, dies neue Krankheitsbild aufzustellen; ähnliche Zustände sind schon bei der recidivirenden Perityphlitis beschrieben worden.

9) L. Müller: **Ueber primäre Tuberculose der Thränendrüse.**

Zwei Fälle von Tuberculose der Thränendrüse: sehr harte Tumoren in der äusseren Hälfte des oberen Lides. Es wurde in beiden Fällen eine partielle Exstirpation vorgenommen; beide Male trat nach einiger Zeit ein Recidiv auf. Verfasser befürwortet daher, in solchen Fällen die Totalexstirpation der Drüse.

(Fortsetzung folgt.)

Neueste Archive und Zeitschriften.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 35. Band, 5. und 6. Heft. Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig.

1) M. W. af Schultén-Helsingfors: **Totale Exstirpation der Zunge und deren Einwirkung auf die Sprache.**

Bei dem grössten Theil der Zungenexstirpationen kommt es bekanntlich nicht zu einer erheblichen Sprachstörung. Das hat seinen Grund darin, dass es sich immer nur um partielle Zungenexstirpationen handelt. Verfasser berichtet über einen Fall von Zungensarkom, in dem die ganze Zunge von der Basis bis zur Spitze entfernt wurde, und wo nun in der That erhebliche Sprachstörungen zurückblieben. Dieselben bestanden im Wesentlichen darin, dass anstatt k und t p gebraucht wurde, a und ä beide mit ä, o und ö mit ö wiedergegeben wurden, u, i und y gleich y wurden, und das e gleich einem Laut zwischen e und ö wurde.

2) Lang-Bern: **Osteoplastische Resection beider Oberkiefer nach Kocher.**

Verfasser beschreibt ein von Kocher bei einem Falle von Sarkom des Nasenrachenraumes angewandtes Verfahren zur Freilegung der Schädelbasis und des Nasenrachenraumes. Dasselbe besteht in der osteoplastischen Aufklappung beider Oberkiefer und gestaltet sich folgendermaassen: Spaltung der Oberlippe vom linken oder rechten Nasenloche nach abwärts. Quere Trennung der Schleimhaut an der oberen Umschlagsstelle und Spaltung bis auf den Knochen. Durchmeisselung beider Oberkieferkörper in der Höhe der Spina nasalis anterior. Vollständige Spaltung des Processus alveolaris und des harten Gaumens in der Mittellinie, Auseinanderziehen der beiden unteren Oberkieferhälften mit scharfen Haken. Nunmehr ist die ganze betreffende Nasenhöhle, der Nasenrachenraum und die Schädelbasis gut zu übersehen.

In dem K.'schen Falle hat sich dies Verfahren zur radicalen Exstirpation des Tumors recht gut bewährt. Nach der Exstirpation

und Stillung der Blutung wurden die beiden Kieferhälften zurückgeklappt, durch eine Seidennaht fixirt und schliesslich die Schleimhaut vernäht.

Patient war nach etwa einem Jahr noch recidivfrei, hatte keine Entstellung und keine Beeinträchtigung irgendwelcher Functionen.

3) Th. Kocher-Bern: **Chirurgische Beiträge zur Physiologie des Gehirns und Rückenmarks. I.**

Wird mit den noch erscheinenden Fortsetzungen später im Zusammenhang referirt werden.

4) Reichel: **Zur Pathologie des Ileus und Pseudoileus.** (Aus der chirurgischen Klinik zu Würzburg.)

Vom eigentlichen mechanischen Ileus unterscheidet sich der functionelle oder Pseudoileus dadurch, dass bei der anatomischen Untersuchung von irgendwelcher Darmstenose sich nichts entdecken lässt. Die Erklärung des Zustandes war bisher eine verschiedene; die meisten Autoren haben ihn wohl als Darmlähmung aufgefasst. 2 Beobachtungen des Verfassers machen es wahrscheinlich, dass es sich in all diesen Fällen um eine peritoneale Infection handelt, bei der es nicht zu makroskopisch sichtbaren Veränderungen der Schleimhaut kommt, bei der aber die genaue bakteriologische Untersuchung die Anwesenheit von Infectionserregern nachzuweisen vermag.

Die Darmlähmung ist also in solchen Fällen das Secundäre, die Infection das Primäre. Für die anatomisch nachweisbare Peritonitis ist das ja schon längst bekannt. In gleicher Weise wie die allgemeine Peritonitis eine allgemeine Darmlähmung hervorruft, in derselben vermag auch eine circumscripte Peritonitis eine locale Darmlähmung hervorzurufen. Auf diese Weise muss der wirkliche Ileus in Folge Abknickung nach Laparotomien erklärt werden: die Abknickung ist die Folge einer Infection und der dadurch bedingten Aufhebung der Peristaltik. Experimente an Hunden zeigten dem Verfasser, dass ein Darmverschluss durch reine Abknickung nicht möglich ist.

Die peritoneale Infection spielt, wie weitere Experimente dem Verfasser wahrscheinlich machen, auch bei den schweren mit Darmquetschung combinirten Formen des Ileus (frühzeitiges Erbrechen, rascher Verfall) gegenüber dem unter leichteren Erscheinungen einhergehenden einfachen glatten Darmverschluss (spät eintretendes Erbrechen, später Tod) eine wichtige Rolle. Allerdings ist ja in den schweren Fällen auch der Darmquetschung eine grosse Bedeutung zuzuschreiben, dieselbe allein reicht aber zur Erklärung nicht aus. In den durch das Experiment erzeugten Fällen von reinem glatten Darmverschluss konnte Verfasser nie eine peritoneale Infection beobachten, hier findet trotz tagelanger Kothstauung kein Durchtreten von Bacterien durch die Darmwand statt.

Was die enorme Flüssigkeitsansammlung oberhalb der Verschlussstelle anbetrifft, so folgt aus Verfassers Versuchen, dass die Secretion der Darmdrüsen daran einen sehr erheblichen Antheil hat. Sehr auffällig ist ein Vergleich der Epithelien im zuführenden und abführenden Darmrohr: die ersteren sind klein, stark granulirt, im Zustande regster Thätigkeit, zwischen ihnen finden sich nur wenige Becherzellen: die letzteren sind grösstentheils im Zustand der Ruhe und zeigen einen enormen Reichthum an Becherzellen.

Auf die Einzelheiten der Untersuchungen, wie auf viele andere Ausführungen des Verfassers kann hier leider nicht eingegangen werden.

5) Berndt-Stralsund: **Beitrag zur Casuistik der Verletzungen an den oberen Halswirbeln.**

Genaue Krankengeschichte und Analyse eines Falles von Fractur des Dens epistrophei und rechtsseitiger Luxation des Atlas nach hinten mit Brown-Séquard'schem Symptomencomplex.

6) Tschudy: **Ein Fall von angeborener, vollständiger Verwachsung aller fünf Finger.** (Aus dem Cantonsspital Münsterlingen.)

Bei der genannten ausserordentlich seltenen Missbildung erzielte Kappeler durch Loslösung des Daumens und Zeigefingers und plastische Deckung der Hautdefecte ein relativ recht befriedigendes Resultat.

7) Lauenstein-Hamburg: **Die typische Ausräumung der Leiste.**

Verfasser hat im Seemannskrankenhause zu Hamburg in einem Zeitraume von 12 Jahren 182 Fälle von Leistendrüsenvereiterung zu operiren Gelegenheit gehabt. In 53 Fällen handelte es sich um eine ausgiebige Spaltung und Ausschabung, in 129 um völlige Ausräumung der Leiste. Die letztere macht L. immer mit Hülfe eines Kreuzschnittes, die Nachbehandlung geschieht mit Jodoformgazetamponade. Unter den 129 Fällen ist ein Todesfall nicht vorgekommen.

In 2 Fällen beobachtete L. im Anschluss an die Leistendrüsenvereiterung das Auftreten eines serpiginösen Geschwürs, in dem von Unna ein Streptobacillus gefunden wurde.

8) Brodnitz: **Die Behandlung tuberculöser Knochen- und Gelenkerkrankungen mit Jodoformglycerin.** (Aus der chirurgischen Klinik zu Strassburg.)

Bericht über 87 Fälle. Das Billroth'sche Verfahren eignet sich für die Fälle, wo man die Wahrscheinlichkeit hat, durch operatives Vorgehen alle Krankheitsherde zu entfernen.

Die Punction und Jodoforminjection kann mit Erfolg angewendet werden bei nicht zu weit vorgeschrittenen Kapseltuberculosen, sowie bei kalten Abscessen, deren Ausgangspunkt wir nicht kennen oder nicht erreichen können.

Für alle anderen Fälle eignet sich die consequente Tamponade mit Jodoformglyceringaze.

Das in der Strassburger Klinik gebräuchliche Verfahren zur Sterilisation der Jodoformglycerinmischung dürfte sich nur für grössere Krankenanstalten eignen.

9) Hildebrand: **Weiterer Beitrag zur Lehre von den durch abnorme Zahnentwickelung bedingten Kiefertumoren.** (Aus der chirurgischen Klinik zu Göttingen.)

Verfasser hat vor einiger Zeit über einen 12jährigen Knaben berichtet, dem durch mehrere Operationen ca. 150—200 Zähne der verschiedensten Art aus beiden Kiefern entfernt wurden. Nach 1½ Jahren kam der Knabe wieder, und es mussten wieder etwa 150 Zähne entfernt werden.

Jetzt fand sich zwischen den Zahnmassen stellenweise auch weiches Gewebe, und ausserdem zwei etwa erbsengrosse, rundliche, glasig gequollen aussehende Gewebskörper. Die letzteren stellten sich bei der genauen Untersuchung als Zahnanlagen heraus. Ausserdem fanden sich eine Menge Epithelhaufen und -züge. Von diesen geht jedenfalls die Zahnbildung aus und wird nicht eher aufhören, als bis alles Epithel entfernt ist. Kr.

Vereins- und Congress-Berichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 1. März 1893.

Vor der Tagesordnung: Herr **Langerhans** demonstrirt ein Myoma laevicellulare, Herr **Treitel** eine angeborene Verwachsung des Septum mit der unteren Muschel.

Herr **Karewski** spricht über Fistula colli congenita (mit Krankendemonstration).

Herr **Norbert Auerbach: Ueber Production von Kindermilch und Milchsterilisirung.**

Der Umstand, dass bei umfangreicher Anwendung des Soxhlet'schen Verfahrens nicht immer die gewünschte Haltbarkeit der Milch erreicht wird, gab A. Veranlassung nach der Ursache dieser Erscheinung zu forschen. Zu diesem Zwecke wurde die Milch verschiedenster Herkunft während des Sommers und Winters sterilisirt und auf ihre Haltbarkeit geprüft. Es zeigte sich, dass die chemische Untersuchung kein abschliessendes Urtheil über die Beschaffenheit der Milch gestattet, dass man hierzu die Productionsweise derselben genau kennen muss, sowie den Einfluss der localen und zeitlichen landwirthschaftlichen Verhältnisse auf die Lebensgewohnheiten und Fütterung der Kühe.

A. bespricht nun die Gewinnung der Milch in der Landwirthschaft und im Anschluss hieran die Frage, ob diese Milch als Säuglingsnahrungsmittel Anlass zu Bedenken giebt. Die Milch, welche aus Thieren gewonnen wird, die auf dem Weidegang ihr Futter erhalten, wird natürlich eine bessere sein, als die von der Stallfütterung resultirende Milch. Hier kommt es nun leicht dazu, namentlich bei grösserem landwirthschaftlichem Betriebe, dass die Kuh Futter erhält, welches für die empfindlicheren Thiergattungen, wie Pferd und Schaf, nicht zu verwerthen ist, ferner, dass Fütterung mit den geringwerthigen Rückständen, die man aus den Nebenbetrieben, Brauereien und Zuckerfabriken, gewinnt, stattfindet. Diese für die Verwendung der Milch als Kindernahrungsmittel so schlecht angebrachte Sparsamkeit verdankt ihren Ursprung der Anschauung vieler Landwirthe, dass die wesentliche Aufgabe der Viehhaltung nicht sowohl die Erzeugung guter Milch als die Beschaffung reichlicher Düngung für den Acker sei. Freilich dort z. B., wo Kälberzucht betrieben wird, treten die angedeuteten Uebelstände weniger hervor.

Man empfahl nun mit Rücksicht auf die angedeuteten Uebelstände, sich von dem modernen Landwirthschaftsbetriebe unabhängig zu machen und während des ganzen Jahres Trockenfutter, Heu und Getreideschrot an das Vieh zu verabreichen. Die meisten Aerzte nahmen bisher an, dass das Gleichbleiben der Milch an Eiweiss, Fett, Zucker, Salzen ein Kriterium für ihre Güte wäre und behaupteten nun, dass Gleichmässigkeit der Milch nur bei gleichmässiger Nahrung möglich sei, eine solche sei aber nur Trockenfutter. Das trifft keineswegs zu: die Zusammensetzung der Milch wird von den verschiedensten Factoren, wie Race, Alter, Lactation der Milchthiere, Wassergehalt des Futters, Menge und Proteïngehalt beeinflusst.

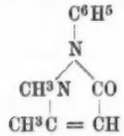
Wenn somit eine gleichmässige Zusammensetzung der Milch auch erreicht werden kann bei Verabreichung verschiedener Futterstoffe, so kann der Werth der Trockenfütterungsmilch nicht allein auf ihrer gleichmässigen chemischen Zusammensetzung beruhen. Deshalb kam A. auf den Gedanken, Untersuchungen über die bakteriologischen Verschiedenheiten von Cur- und landwirthschaftlicher Milch anzustellen. Wurde je eine Flasche sterilisirter Milch mit Gras, mit frischem Wiesenheu und mit altem Wiesenheu inficirt, alsdann 40 Minuten sterilisirt, so zersetzte sich im Brutschrank bei 38° C. der Inhalt der beiden ersten Proben in 18 Stunden unter Bildung von Buttersäure und reichlichem Gas, der dritten Probe erst in 60—70 Stunden ohne Bildung dieser Stoffe. Frisches Heu zeigt sich 6 Wochen lang gleichwerthig mit Gras. Diese Thatsache ist wichtig, weil in Milchwirthschaften zur Production von Kindermilch häufig frisches Wiesenheu gefüttert wird, sobald es zu erlangen ist. Diese Verabreichung nach altem Heu ist aber Futterwechsel und hat auch die Wirkungen desselben, Diarrhöen mit stärkerer Infection der Milch mit Darmbacterien. Diese Verschlechterung der Milch ist aber um so bedauerlicher, als sie in die wärmste Jahreszeit, Juli und Anfang August, fällt. Nunmehr ist erklärlich, dass die Resultate der Säuglingsernährung bei Trockenfütterung günstiger sind, dass im Winter, wo sämmtliches Vieh als Hauptfutter Heu erhält, die Milch ohne allzu grosse Auswahl den Kindern bekömmlicher ist. Der Bacillus, welcher die oben erwähnte Gährung einleitet, ist der von Botkin gefundene Bacillus butyricus. Die nachtheilige Wirkung aber eines abnormen Darminhalts auf die zarte, reizbare Darmschleimhaut der Kinder ist klar. — Man könnte nun vielleicht glauben, dass man bei Trockenfütterungsmilch das Sterilisiren entbehren kann. Hierauf ist zu erwidern, dass die Infectionsquellen der Milch sehr zahlreich sind, dass pathogene Keime in der Milch einen vorzüglichen Nährboden finden und dass die Sterilisirung der Milch zugleich eine Conservirung bedeutet. Indess genügt die Keimfreimachung nach dem Soxhlet'schen Verfahren keineswegs ohne sorgfältige Auswahl der Milch. Milch unbekannter Herkunft kann, selbst 40 Minuten lang sterilisirt, ernsthafte Erkrankungen der Kinder hervorrufen. Hier muss die Dauer des Sterilisirungsverfahrens mindestens 70—80 Minuten betragen. A. empfiehlt, letzteres in den öffentlichen Anstalten vornehmen zu lassen.

Sitzung vom 8. März 1893.

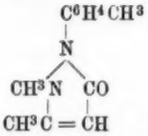
Herr **Treitel** stellt einen Patienten mit Kehlkopftuberculose vor, welcher ein tuberculöses Geschwür auf der Zunge hat. T. sah dasselbe zuerst Ende Februar; Anfang des Monats war noch keine Spur vorhanden. Das Geschwür muss also im Laufe von höchstens 4 Wochen entstanden sein.

Herr **P. Guttmann: Ueber Tolypyrin.**

Im Sommer 1892 wurde G. ein Mittel übergeben, welches auf synthetischem Wege gewonnen wurde und so hervorragende therapeutische Eigenschaften besitzt, dass es dem Antipyrin mindestens gleichwerthig zu erachten ist, ja sogar, wenn erst einmal sein Preis ein niedrigerer sein wird, den Vorzug vor dem Antipyrin verdient. Der Unterschied in der chemischen Zusammensetzung erhellt aus folgenden beiden Formeln:



Phenyldimethylisopyrazolon (Antipyrin)



Paratolydimethylpyrazolon (Tolypyrin)

Das Tolypyrin ist eine farblose Substanz, krystallinisch, von bitterem Geschmack, löslich in 10 Theilen Wasser, unlöslich in Aether. Die chemischen Reactionen sind gleich denen des Antipyrin (Rothfärbung auf Zusatz von Eisenchlorid, Grünfärbung auf Zusatz von salpetriger Säure). Nach Versuchen an Thieren und gesunden Menschen, welche 5,0 pro die ohne Nebenwirkung vertrugen, ging G. zu Versuchen an Kranken über. Zunächst wurde die antipyretische Wirkung geprüft. Es wurde Mittags 12 Uhr mit der Darreichung begonnen. Ergebniss: 4,0 Tolypyrin in Einzeldosen von 1,0 in stündlichen Zwischenräumen erniedrigten die Temperatur mindestens um 1,5° C., meistens um 2,0° C. und etwas darüber, in einigen Fällen um 3,5° C., in einem Falle um 3,7° C. Die Versuche wurden an hochfiebernden Kranken angestellt (Typhus abdom., fibr. Pneumonie, Scarlatina, Erysipelas faciei, Septicaemie, Otitis media, Gangraena scroti). Der Temperaturabfall beginnt in der ersten Stunde nach der Darreichung; die Curve fällt allmählich ab, erreicht nach 5—6 Stunden die tiefste Ziffer, steigt dann wieder, aber so allmählich, dass am späten Abend noch nicht die vor der Darreichung bestandene Temperatur erreicht ist und selbstverständlich auch in der Nacht nicht erreicht wird, weil ja in der Nacht die Temperatur niedriger ist als am Tage. Erst am Vormittag ist die ursprüngliche vor der Darreichung bestandene Temperatur wieder erreicht. Natürlich kommen auch, wie bei anderen Mitteln, Ausnahmen vor, namentlich bei hyperpyretischen Temperaturen und bei solchen Krankheiten, welche stark im Zunehmen begriffen sind. Was den Vergleich mit dem Antipyrin betrifft, so ist die Wirkung von 4,0 Tol. gleich der von 5,0 Antipyrin. G. hat directe Vergleiche angestellt bei denselben Kranken und unter denselben Verhältnissen, indem er erst Tol. gab und mehrere Tage darauf bei gleicher Temperatur zu gleicher Zeit Antipyrin. Jedesmal fiel der Vergleich zu Gunsten des Antipyrin aus. Der Temperaturabfall erfolgt bei Tol., wie bei allen Antipyreticis, welche rasch wirken, unter reichlichem Schweissausbruch, der solange wie die Wirkung andauert. Der Nachlass der Wirkung erfolgt ohne Frost. Auch mehr als 4,0 werden gut vertragen. Einem Pneumoniker wurden aus missverstandener Anordnung 8,0 in stündlichen Zwischenräumen ohne jede Nebenwirkung verabreicht. — Gegen acuten Gelenkrheumatismus wurde Tol. in 14 Fällen gegeben, mit dem Ergebniss, dass in leichteren Fällen nach 24—48 Stunden Schmerzen und Schwellung nachliessen, nach längerer Zeit alle Erscheinungen zurückgingen. In den schweren Fällen dauerte es viel länger, ehe eine deutliche Wirkung eintrat. Die Wirkung ist also gleich derjenigen der übrigen Antirheumatica. In den schweren Fällen ist man bei ihrem wochenlangen Verlauf wegen der Misserfolge der einzelnen Mittel oft gezwungen, ein neues Mittel anzuwenden. Auch von der Salicylsäure kann man es wahrnehmen, dass sie in 14 Tagen, selbst 3 Wochen vollkommen wirkungslos bleibt. Dass sie trotzdem in der Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus allgemeine Anwendung gefunden hat, liegt daran, dass sie, bei ihrer Entdeckung vor 20 Jahren, das einzig wirksame Arzneimittel gegen diese Krankheit war und bis 1884 geblieben ist. Erst nach dieser Zeit wurden neben dem Antipyrin neue auf synthetischem Wege hergestellte Mittel in Anwendung genommen und haben neben der Salicylsäure ihren Platz behauptet, ein Beweis, dass man in der That andere Mittel gebrauchte. Diesen Mitteln steht nach Guttmann das Tolypyrin gleichwerthig zur Seite und leistet mindestens dasselbe wie Antipyrin und wohl auch wie die Salicylsäure. G. hat ferner das Tol. bei Kopfschmerzen geprüft. Wenn die für die Beurtheilung nicht verwerthbaren Fälle ausgeschieden werden, so bleiben 10 Fälle übrig von hartnäckigen, immer wiederkehrenden, stundenlang andauernden Kopfschmerzen bei den verschiedenartigsten Krankheiten. Davon wurden 6 nach jedesmaliger Anwendung von ihren Schmerzen befreit; bei den übrigen zeigte sich keine Wirkung. Zum Vergleiche wandte man hier das Antipyrin an, das in 2 Fällen half, in den beiden andern wirkungslos blieb. Auch bei einem Falle von frischer Ischias wurde das Tol. mit Erfolg gegeben. Nebenwirkungen zeigten sich selbst bei täglicher Anwendung nicht. In einem Falle wurden 146,0 in 38 Tagen ohne jede Nebenwirkung gegeben. Das Tol. erscheint im Harn wieder und wird hier durch die schon erwähnten Reagentien nachgewiesen.

In der Discussion bemängelt Herr Liebreich die fortwährenden Versuche, einfache Arzneimittel durch Hinzufügung anderer Stoffe zu compliciren. Aus den chemischen Formeln (s. o.) ersehe man, dass das neue Mittel weiter nichts sei, als Antipyrin, dem eine neue Atomgruppe hinzugefügt ist. Aehnlich sei es dem von ihm entdeckten Chloral ergangen, aus dem man durch Zufügung von Glycose eine

Chloralose, durch Zufügung von Ammoniak ein Chloralamid etc. gemacht habe. Ob man aber durch derartige Complicationen die schlaferzeugende Wirkung der einfachen Formel C_2Cl_3HO vermehre, sei mehr als zweifelhaft.

Herr **Hirschberg: Deutschland in Japan; Bericht über japanische Heilkunde.**

Dem interessanten Reisebericht des bekannten Ophthalmologen entnehmen wir Folgendes: Deutsche Wissenschaft und deutsches Geistesleben spielen in Japan eine grosse Rolle; Deutsch ist die Lieblingssprache der japanischen Aerzte; die Verhandlungen der ärztlichen Gesellschaften finden in deutscher Sprache statt, die Publicationen werden in Deutsch herausgegeben. Im Vorworte einer derselben findet sich die bemerkenswerthe Stelle: National ist das Leben, international die Wissenschaft. Die Eingebornen, welche sich zu Heilgehilfen ausbilden, studiren eifrig in der deutschen Fibel. — Die Studenten wohnen innerhalb des Bereiches der Universität und erhalten für billiges Geld gute Verpflegung. Auf Lehren und Lernen wird viel Zeit verwendet und den Professoren bleibt für die Privatpraxis wenig Zeit übrig. Auch die Ferien sind nicht so reich bemessen wie bei uns. Die jungen Leute werden sehr streng gehalten: sie dürfen auf dem Zimmer weder Tabak rauchen, noch alkoholische Getränke geniessen und müssen in den Wochentagen Abends um 8 Uhr zu Hause sein. Man steht sehr früh auf; so hält ein Professor seine Sprechstunden für Augenkranke früh um 5 Uhr ab. Auf Leibesübungen legen die Studenten wenig Werth. Man sieht unter ihnen viele Kranke und Jünglinge von zartester Musculatur. Schwindsucht und Kurzsichtigkeit sind sehr verbreitet. Indes sind die Japaner keineswegs ein schwächliches Volk: die Bauern sieht man mit schweren Lasten zur Stadt ziehen, da sie wenig Zugthiere besitzen; mit der Sänfte laufen die Träger 1—2 Stunden und zeigen demgemäss eine prächtige Entwickelung der Athemmusculatur, die jedem Bildhauer zum Modell dienen kann, ähnlich wie beim farnesischen Hercules; an den Landungsplätzen sieht man die Fischer mit Geschick und Riesenkraft die Schiffe an den Tauen befestigen. Aber die Studenten sind leider sehr schwach; um so freudiger ist es deshalb zu begrüssen, dass sich vor Kurzem in Tokio ein academischer Turnverein aufgethan hat. — Die Lehrmittel sind nicht zu vergleichen mit den unsrigen, es ist aber ein sehr guter Anfang gemacht; das Krankenmaterial ist ausreichend.

Ueber zwei Krankheiten spricht der Redner ausführlicher, das Trachom (oder Körnerkrankheit) und die Lepra. Erstere ist in Japan sehr häufig (14 Proc. aller Augenkranken), in China (Canton) freilich noch häufiger (70 Proc.!), auffälligerweise in Indien seltener, in Calcutta 6 Proc., Bombay 10 Proc., in Ceylon kommt Trachom überhaupt nicht vor. In Berlin sind es 4 Proc., welche ausschliesslich aus Fremden bestehen, die aus Russland und aus der Levante kommen. — In dem Hospital für Leprose wird ein Jeder mit der ganzen Familie aufgenommen, dem es zu Haus unerträglich geworden ist. Er kann zu jeder beliebigen Zeit das Hospital wieder verlassen. Nach Aussage des dirigirenden Arztes ist Lepra nicht von Person zu Person ansteckend. Hier gelang es H. nur durch die grösste Zähigkeit, einige Kranke zu Gesicht zu bekommen. — Medicinische Unterrichtsanstalten giebt es in Japan 6. Von Deutschen wirken an hervorragender Stelle an den Universität Tokio 2: Baelz als innerer Kliniker, Scriba als Chirurg. H. schliesst mit folgenden Worten: Die Arbeit der Deutschen dort unten ist nicht vergeblich gewesen. Die Erwartungen, welche sie ausgesprochen haben, sind zum grössten Theil in Erfüllung gegangen. Das schon Erreichte bietet eine gewisse Garantie für weiteren Fortschritt. Die deutschen Universitäten haben auch das Ihre zu diesen schönen Erfolgen beigetragen. Auf diese geistige Eroberung eines der interessantesten Stämme Asiens kann Deutschland mit Recht stolz sein.

Ludwig Friedländer.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 6. März 1893.

Herr **Steinhoff** demonstrirt einen pneumatischen Apparat, welcher sämmtliche Eigenschaften der bisher in der Pneumatotherapie angewendeten Apparate (die beiden Waldenburg'schen, der Weigert'sche, die Inhalations-Apparate, der Rossbach'sche Athmungsstuhl, Schreiber's Compressorien) gleichzeitig besitzt. Das einzige Moment, welches Schwierigkeiten bereiten kann, ist die Compression des Thorax. Der Apparat liefert die comprimirte Luft in dem gewünschten Compressionsgrade. Die Application geschieht durch eine Jacke, in welche Gummikissen eingefügt sind, die mit comprimirter Luft gefüllt werden. Man hat hierdurch ein Mittel an der Hand, einen bestimmten Körpertheil und eine Partie der Brust temporär (d. h. während der In- oder Exhalation) oder constant zu comprimiren. Diejenige Partie, welche ausgedehnt werden soll, muss gleichzeitig von jedem Drucke befreit werden. — Eine Erklärung, wie die Luft in dem Apparat verdichte und verdünnt, erwärmt und abgekühlt, mit Feuchtigkeit beladen oder getrocknet, mit chemischen Bestandtheilen (Sauerstoff etc.) gefüllt wird, giebt der Vortragende nicht. (Wünschenswerth wäre dies jedenfalls gewesen.) Zum Schluss führt S. einige Kranke vor, an denen er mit dem Apparat gute Erfolge erzielt hat.

In der Discussion bestätigen Herr Litten und Herr Ewald, dass der vorgeführte Apparat in der That die ihm vom Erfinder nachgerühmten Eigenschaften besitzt und wohl verdient, in die Pneumatotherapie eingeführt zu werden.

Herr Zuntz erwähnt noch zu seinem in der vorigen Sitzung gehaltenen Vortrag (s. vor. Nr.), dass er eine ihm wichtig scheinende Mittheilung vergessen habe. Sie betrifft zwei Versuchsreihen, welche ein russischer Arzt 1883 angestellt hat. Er gab einer Anzahl Thieren vollständig gleiche, genau abgewogene Nahrung, schaltete aber bei der Hälfte der Thiere nach je 6—8 Tagen mehrere Male je 2 Fasttage ein. Es zeigte sich, dass in der Mehrzahl der Fälle die Thiere, welche fasteten, weiter kamen, dass ihr Appetit vermehrt und die Nahrung besser ausgenutzt wurde. Diese Erfahrung dürfte uns den Muth geben, in Fällen schlechten Appetits eine Hebung desselben dadurch zu erreichen, dass man normales Hungergefühl durch Nahrungsentziehung oder künstliche Beschränkung hervorruft.

Herr **Thorner: Ueber die Anwendung des Tuberculins in vorgeschrittenen Fällen von Lungentuberculose.**

Th. hat seit 2 Jahren mit dem Mittel gearbeitet. Da sich die längste Beobachtung auf nicht mehr als 28 Monate erstreckt, so kann von definitiver Heilung in keinem Falle die Rede sein. Besserungen dagegen hat er viele gesehen, wie er sie bisher noch nie beobachtete, und zwar oft unter den ungünstigsten äusseren Verhältnissen, in Fällen, wo die Kranken mit Hunger und Sorgen zu kämpfen hatten. Die Resultate bei beginnender Tuberculose waren: Rückgang aller Erscheinungen, Aufhören des Hustens, des Auswurfs, der Bronchitis, Besserung des Aussehens, Zunahme des Körpergewichts. In vorgeschrittenen Fällen zeigte sich: Sistiren der Haemoptoen, welche sonst die Patienten Jahre lang heimgesucht hatten, Besserung des Hustens und Auswurfs, Aufhören der Nachtschweisse und des Fiebers, Hebung der Ernährung und des Kräftezustandes, dabei unter subjectivem Wohlbefinden unveränderter Zustand der Lungenaffection. — Das Mittel hat früher deshalb oft schädlich gewirkt, weil es fehlerhaft angewandt wurde. P. Guttmann hat das Verdienst, die von Moritz Schmidt befolgte Regel, mit kleinen Dosen zu beginnen, in eine Methode gebracht zu haben, welche die Zukunft für sich hat. Th. ging so vor: Er begann (gleichviel, ob die Kranken fieberten oder nicht) mit $^1/_{20}$ mgr; die ersten 10 Einspritzungen wurden alle 48 Stunden verabfolgt, bei jeder die Dose um $^1/_{20}$ mgr erhöht, so dass nach 3 Wochen $^1/_2$ mgr erreicht war. Von jetzt ab wurde an jedem zweiten Tage $^1/_{10}$ mgr mehr gegeben, so dass man nach weiteren 10 Tagen bei 1 mgr angelangt war. Bei dieser Dosis schieden noch fiebernde Kranke aus der Behandlung aus. Bei den Andern war 6 Wochen nach Beginn der Behandlung die Einzeldose 2 mgr, nach 9 Wochen 5 mgr. Bei dieser Methode hat Th. keine fieberhaften Reactionen mehr beobachtet, wohl aber die er-

wähnten günstigen Erfolge. Das weitere Verfahren richtete sich nach dem Befinden der Patienten; war es gut, so stieg Th. bis zur Erreichung von 5 cg. Höher hinauf wurde nicht gegangen, sondern abgebrochen, dann aber mit 1 mg von Neuem begonnen und etwas schneller gestiegen. Die Kranken können sehr gut ambulatorisch behandelt werden; eine aufmerksame Beobachtung ist natürlich erforderlich. Auf die Technik ist die grösste Sorgfalt zu verwenden. Eine Theorie der Wirkung zu geben, ist unmöglich. An Meerschweinchen hat Kitasato festgestellt, dass unter Tuberculin die Tuberculose z. B. der Leber und der Milz ohne Ausstossung der Bacillen heilen könne. Ludwig Friedlaender.

Greifswalder medicinischer Verein.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 9. Februar 1893.

Vorsitzender: Herr Mosler. Schriftführer: Herr Hoffmann.

Herr **Hugo Schulz: Ueber Revulsion.**

Die Anwendung der Revulsionstherapie ist uralt, so alt wie die Medicin selbst. Die Application jeglichen Hautreizes von der einfachen Einreibung mit warmem Oel bis zum Ferrum candens, der Eisbeutel und das warme Cataplasma, die mannigfaltigen äusserlich benutzten hydrotherapeutischen Maassnahmen, vielleicht auch die, ursprünglich vom Standpunkt beabsichtigter antipyretischer Wirkung aus eingeleiteten kalten Bäder und Uebergiessungen, sowie schliesslich die Anwendung des trocknen und blutigen Schröpfkopfes in bestimmten Fällen, und des Aderlasses unter den nämlichen Bedingungen, — alles das bedeutet Einleitung und Durchführung des revulsorischen Verfahrens.

Die Praxis hat uns die wechselnde Indication der einzelnen hier genannten Proceduren kennen gelehrt. Aber die ihnen zu Grunde liegende Absicht ist schliesslich überall dieselbe. Man will mit ihrer Hilfe auf höher oder tiefer liegende acute oder chronische Affectionen in günstiger Weise einwirken. Die Erfahrung am Krankenbette hat die Brauchbarkeit der Revulsionstherapie ergeben. Anders steht es mit dem theoretischen Theile des Themas, der Frage nach dem Weshalb?

Zur Lösung der letzteren Frage muss das in richtiger Weise ausgeführte Experiment herangezogen werden. In Frankreich hat in letzter Zeit François-Frank Untersuchungen darüber veröffentlicht. Er fand, dass die starke Gefässfüllung der Haut begleitet wird von einer Contraction aller Gefässe der Eingeweide, des Thorax, des Abdomens und des Schädels.

Von einer anderen Seite ist neuerdings Samuel an die Bearbeitung der Frage herangetreten. Die Resultate seiner Untersuchungen sind auf den ersten Blick überraschend. Er rieb einem Kaninchen das eine Ohr mit Ol. Crotonis und hielt das andere längere Zeit in kaltes Wasser eingetaucht. Der Effect war der, dass die Entzündung des crotonisirten Ohres ausblieb.

Wie nun haben wir uns den Heileffect der verschiedenen Arten der Revulsion zu denken? Dass Veränderungen in der Circulation dabei eioe Rolle spielen, ist wohl klar und nicht abzuleugnen. Aber wie wirken sie?

Nehmen wir den Fall einer Angina catarrhalis an. Vortragender denkt sich nun die Wirkung des Priesnitz folgendermaassen: Es ist vorhanden eine Circulationsveränderung der Rachenschleimhaut und damit ihrer Ernährung, ihres Stoffwechsels, die unmittelbare Folge der Störung des normalen Verhaltens ist weiter die ungenügende Abfuhr der Stoffwechselproducte des erkrankten Gewebes. Tonus und Füllung der Gefässe sind verändert und ihrem Zweck nicht mehr völlig entsprechend.

Wie wirkt hier nun der Priesnitz heilend. Wir haben durch den äusserlich gesetzten Reiz die Circulation in der Tiefe verändert. Daraus resultirte zunächst nur andere Blutzu- und Abfuhr. Sie bedingt eine bessere Durchspülung des erkrankten Gewebes, Entfernung schon vorhandenen schädlichen Materials und Zufuhr neuen Nährstoffs, damit kann in frischen leichten Fällen von Entzündung schon alles erreicht sein. In schwereren Fällen muss man zu stärkeren Reizen seine Zuflucht nehmen.

Dass die Revulsionstherapie ihre Grenzen hat wie jede andere, wird niemand leugnen. Jedenfalls bildet die Revulsionstherapie einen sehr interessanten Theil der gesammten Therapie.

Herr **v. Preuschen** spricht über **Muskelstarre bei Laparotomie** und über die Beziehungen dieser Starre zum aseptischen Verfahren.

Der Vortragende berichtet über ein eigenthümliches Phaenomen der Bauchmusculatur, welches er während der Ausführung einer Ovariotomie beobachtete. Die bei Beginn der Operation vollständig schlaffen Bauchmuskeln, contrahirten sich im Verlaufe derselben derartig, dass eine vollständige Starre der Musculi recti eintrat. Hierdurch wurde die Operation ausserordentlich erschwert. Der Vortragende führt diese Erscheinung auf die Einwirkung des Wassers auf die Muskeln zurück und erläutert diese Einwirkung durch Mittheilung einer Reihe von Versuchen, die er zu Klärung dieser Frage angestellt hat.

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 14. December 1892.

Vorsitzender: Herr Graefe. Schriftführer: Herr Hertzberg.

(Schluss.)

Herr Prof. **Kaltenbach** demonstrirt eine Reihe Präparate maligner Erkrankungen des Uteruskörpers (maligne Adenome, Carcinome, Sarkome), welche durch Totalexstirpation des Uterus entfernt worden waren. Im Anschlusse hieran wird ein Fall destruirender Blasenmole vorgezeigt, bei welcher die Blasen in die Uteruswand eingedrungen waren, ja dieselbe destruirt hatten. Der Vortragende fasst das Myxoma chorii als eine bösartige Geschwulstbildung des Eies auf und weist darauf hin, dass bereits mehrfache Beobachtungen vorliegen, in denen sich kurze Zeit nach der Geburt einer Blasenmole das seltene Sarkom des Uteruskörpers entwickelte.

Ferner wird demonstrirt ein in der 14. Schwangerschaftswoche wegen Carcinom des Collum total von der Vagina aus exstirpirter Uterus; und endlich wird kurz ein Fall referirt, in welchem zum zweiten Male bei derselben Frau eine Complication von Schwangerschaft mit Carcinom des Collum uteri auftrat, ein Fall, der wohl als ein Unicum anzunehmen ist. Vor $3\frac{1}{2}$ Jahren exstirpirte Kaltenbach durch keilförmige Excision einen haselnussgrossen Carcinomknoten aus der vorderen Muttermundslippe im 5. Schwangerschaftsmonate; die Schwangerschaft wurde ausgetragen. Jetzt vor 14 Tagen bei derselben Frau abermals ein nussgrosser Knoten aus der hinteren Lippe im 6. Schwangerschaftsmonat exstirpirt; auch diesmal traten nach der Operation keine vorzeitigen Wehen ein.

Discussion. Herr Keil: Hätte ich vorher gewusst, dass der Herr Vortragende heute Präparate von Carcinoma corporis demonstriren würde, so hätte ich einen Uterus, den ich vor Kurzem exstirpirt habe, mitgebracht. Das Präparat entstammt einer 52jährigen Patientin, welche nach mehrjähriger Menopause seit mehreren Monaten an Blutungen und jauchigem Ausfluss litt. Die Untersuchung ergab intacte Vagina und Portio und stark vergrössertes, teigig anzufühlendes Corpus uteri. Das Vorhandensein einer malignen Erkrankung des Corpus schien damit sehr wahrscheinlich. Gesichert werden sollte die Diagnose durch mikroskopische Untersuchung eines Curettements. Bei Ausführung desselben stiess die Curette im Cervicalkanal auf ein Hinderniss, sie wurde vorsichtig zurückgezogen und mit ihr ein circa 2 cm langes, 1 cm breites und ebenso dickes Gewebsstück zu Tage gefördert. Die Untersuchung dieses Stückes ergab Carcinom. Ich musste nun annehmen, dass ein noch nicht an die Oberfläche gelangtes Carcinom der Cervix vorhanden sei. Die Totalexstirpation förderte einen stark vergrösserten, dem Uter. gravid. mens. II ähnlichen Uterus zu Tage. Bei Eröffnung des Cavum uteri floss zunächst jauchige Flüssigkeit ab; es fand sich in der rechten Tubenecke ein circa wallnussgrosser höckeriger Knoten und ausser ihm von gesunder Schleimhaut getrennt noch 5—6 kleinere Knoten an den verschiedensten Stellen des Endometriums. Im Cervicalkanal ein ziemlich grosser Herd, derjenige, aus dem das ausgekratzte Stück stammte. Der seröse Ueberzug war gesund. Der grösste Knoten war auf dem Durchschnitt central erweicht mit Detritusmassen gefüllt. Ich glaube, dass es sich hier um ein primäres Carcinom in der rechten

Tubenecke handelt, von welchem aus kleine Stückchen abgebröckelt sind und sich an den verschiedenen Stellen der Schleimhaut etablirt haben; also eine Contactinfection oder Impfmetastase. Als reine Metastasen die übrigen Herde aufzufassen scheint mir deshalb nicht angängig, da die Muscularis uteri sich durchgehends als gesund erwies. Auch der im Cervix befindliche Herd dürfte als eine solche Impfmetastase zu denken sein. — Der klinische Verlauf bot nichts abnormes, die Kranke ist genesen.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 7. März 1893.

Vorsitzender: Herr Eisenlohr.

I. **Demonstrationen.** 1) Herr Schede spricht unter Demonstration einiger Präparate über die Heilung der Schenkelhalsfracturen. Die von den Autoren angeführten Präparate von „Heilungen" bei Intracapsulärfracturen halten einer strengen Kritik nur selten Stich. So berichtet schon Hamilton (Knochenbrüche und Verrenkungen, 1877), dass, obwohl man für mehr als 30 Präparate aus verschiedenen Theilen der Welt den Anspruch erhoben, dass sie knöcherne Vereinigung darstellten, die Mehrzahl derselben schliesslich von allen betheiligten Parteien als nicht befriedigend oder als absolut unzulässig erklärt wurden; nur ein kleiner Theil derselben wurde von chirurgischen Schriftstellern noch als wahrscheinliche Beispiele angeführt. Rob. Smith reducirte die Zahl auf 7, Malgaigne auf 3 und Hamilton selbst auf 2, da in einem der von Malgaigne anerkannten Fälle Verkürzung und Deformität vorlag. Die von Herrn Lauenstein angeführten Zeiss'schen Fälle werden von Newman als nicht beweiskräftig angesehen, da der Beweis fehlt, dass die Knochen überhaupt je gebrochen, oder wenn dies wirklich der Fall, dass die Brüche ganz innerhalb der Kapsel verliefen. Für ebenso anfechtbar hält Hamilton die aus Amerika stammenden Präparate. Jedenfalls ist bei allen derartigen Angaben eine weitgehende Skepsis geboten. was auch für die von Senn angezogenen Fälle gilt. Zur Erklärung der verschiedenen Auffassungen bei den Präparaten kann eine Angabe von George K. Smith dienen. Derselbe zeigte, dass die Anheftung der Kapsel selten, wenn überhaupt, bei verschiedenen Personen an der gleichen Stelle stattfindet, während man sie an den beiden Femora desselben Individuums als regelmässig an der entsprechend gleichen Stelle inserirt findet. Um zu bestimmen, ob die Bruchlinie innerhalb oder ausserhalb der Kapsel liegt, müsste man stets auch den Femur der gesunden Seite zum Vergleich untersuchen. Hierzu kommt, dass nach einem Bruch und nachfolgender Atrophie des Halses die normale Lage der Kapsel verändert wird, so dass die nachherige Anheftung nicht erkennen lässt, welche die Anheftungsstelle vor der Fractur war, und endlich, dass die Resorption in den beiden Fragmenten ungleichmässig vor sich geht. Da die knöcherne Vereinigung, wenn sie überhaupt eintritt, wahrscheinlich erst nach Ablauf des Resorptionsprocesses zu Stande kommt, so kann die Vereinigungslinie selbst nicht maassgebend sein, ob die Bruchstelle nahe dem Kopf oder nahe den Trochanteren sich befand. Viele sogenannte „Heilungen" stellten sich hinterher als unvollkommene Fracturen oder Fissuren heraus, worauf schon König hingewiesen. Ein derartiges Präparat wird vom Vortragenden demonstrirt. Dasselbe entstammt einer Frau, die vor 2 Jahren unter der Diagnose „eingekeilte Schenkelhalsfractur" im Krankenhause behandelt worden und geheilt entlassen war. Dieselbe starb jetzt an Ovarialcarcinom.

Wenn es nun schon am anatomischen Präparat schwer ist, zu entscheiden, ob intra- oder extracapsuläre Fractur, so gilt dies natürlich in viel höherem Grade am Lebenden, wo die Frage, ob überhaupt eine Fractur vorliegt, zunächst entschieden werden muss. Als einziges pathognomonisches Symptom für Fractur bezeichnet Vortragender die Möglichkeit, den Trochanter am Becken zu verschieben. Alle anderen Symptome der Fractur können auch bei anderen Zuständen vorkommen. Die Schwierigkeit der Heilung bei Intracapsulärfracturen erklärt sich aus der schlechten Ernährung des centralen Fragmentes und dem Mangel osteogener Eigenschaften der Bandmasse, welche das periphere Fragment des Kopfes bekleidet. Wir wissen seit Maass' und Cohnheim's Untersuchungen (1877), dass nach vollendetem Wachsthum Knochenneubildung nur vom Periost ausgeht. Das Mark liefert keine Knochenneubildung; daher sind auch Senn's Versuche, durch Anbohrung des Knochens Fracturen zu erzeugen, die hernach heilen sollen, nicht einwandsfrei, da auf diese Weise Osteoblasten von aussen in's Innere gebracht worden sein können.

Vortragender berichtet ferner über 245 Schenkelhalsfracturen, die in den letzten 13 Jahren im Allgemeinen Krankenhause zur Beobachtung kamen. Davon wurden entlassen 183 und starben 62. Die durchschnittliche Lebensdauer der Gestorbenen betrug 50 Tage. Trotzdem fand sich nur einmal eine extracapsuläre Fractur vollständig consolidirt, die übrigen entweder unvollständig oder gar nicht. Von den intracapsulären waren 9 beweglich geblieben, 12 eingekeilt, 2mal fand sich Verschalung des Kopfes und 10mal Schwund des Halses.

Von allen 245 Fracturen wurden völlig geheilt 53 Männer, 36 Frauen; beweglich geheilt 44 Männer, 50 Frauen; es starben 16 Männer, 46 Frauen.

Als Todesursachen ergaben sich: 26mal reine senile Veränderungen, 10mal Lungenembolien, 8mal Pneumonien, 4mal Thrombosen, 4mal Blasendiphtherie, 10mal diverse Erkrankungen.

Nach Ansicht des Vortragenden ist die geringe Zahl der Pneumonien, die in früheren Zeiten die häufigste Todesursache bei Schenkelfracturen abgab, auf die Extensionsbehandlung zurückzuführen. In der Extension brauchen die Patienten nicht so unbeweglich zu liegen, wie im Gipsverband, können sich aufrichten etc. Herrn Lauenstein's Verband ist übrigens nur in der Form, nicht aber im Princip neu. Sch. hat keine Neigung, zu den alten Verbänden, auch in neuer Gestalt, wieder zurückzukehren. Auf die Consolidation haben sie keinen Einfluss, jedenfalls keinen grösseren, als die Extensionsverbände, die im Uebrigen die Gefahren der festen Verbände ganz erheblich reducirt haben.

Discussion. a) Herr Lauenstein hebt hervor, dass sich am Krankenbett gar nicht immer unterscheiden lasse, ob die Fractur extra- oder intracapsulär sei. Daher habe er bei seinen ersten Bemerkungen nur von Schenkelhalsfractur schlechthin gesprochen. Heilen kann jede Fractur nur, wenn die Fragmente gut aneinander liegen, was seiner Ansicht nach durch den von ihm empfohlenen Verband am besten erreicht werde. L. demonstrirt ferner ein Präparat einer geheilten Intracapsulärfractur, das er Herrn Körte-Berlin verdanke. Dasselbe stammt von einer Patientin, die auf dem Planum inclinatum behandelt worden war und 3 Monate später an Apoplexie zu Grunde ging. L. hält dies Präparat für ganz einwandfrei.

b) Herr Schede ist anderer Ansicht; er glaubt, dass es sich dabei nur um eine unvollständige Fractur, eine Fissur, gehandelt habe.

2) Herr Cordua demonstrirt ein 4jähriges Kind mit einer eigenthümlichen Missbildung der rechten oberen Extremität. Im unteren Drittel des Oberarms verläuft eine tiefe Schnürfurche, in der die Haut direct dem Knochen aufliegt. Die Hand und der Vorderarm sind stark teigig geschwollen, die Hautfarbe ist bläulich. Das Handgelenk schlottert, kann aber activ gar nicht bewegt werden. Die Art. radial. ist eben zu fühlen. Am Vorderarm lassen sich Muskeln nicht unterscheiden. Das Ellbogengelenk kann activ und passiv bewegt werden. Oberhalb der Schnürfurche sind die Verhältnisse normal. Die elektrische Erregbarkeit der Haut und Muskeln fehlt am Vorderarm völlig, dagegen ist die Hautsensibilität erhalten, an der Hand nur herabgesetzt. Die Finger sind bis auf kurze Stümpfe defect. Als Ursache ist wahrscheinlich eine intrauterine Strangulation des Oberarms durch die Nabelschnur oder amniotische Stränge anzusprechen. Der Fall erklärt das Entstehen intrauteriner Amputationen.

II. Herr **Schede: Ueber die Verwendung versenkter Silberdrähte bei der Naht von Laparotomiewunden und bei der Radicaloperation der Unterleibsbrüche.**

Silberdraht statt Seide oder Catgut zu versenkten Nähten verwendete Vortragender zuerst im Jahre 1887 bei einem Kinde mit grossem Nabelbruch, wo es nicht gelang, die stark diastatischen Recti durch Seide zusammenzuhalten. Erst als

Sch. zum Silberdraht griff, hielten die Nähte und Patient wurde geheilt. Nach 4 Jahren hatte sich nur 1 Draht (von 24) losgestossen; im Uebrigen war der Bruch geheilt geblieben und nur noch als kleine Kuppe zu fühlen. Seitdem hat Vortragender die versenkte Silberdrahtnaht bei Bauchoperationen vielfach verwendet, seit 1889 bei allen Radicaloperationen von Hernien und allen Laparotomien. Die Resultate sind vorzüglich. Bei Laparotomien verhindert die Drahtnaht das Entstehen der Bauchbrüche, bei Hernien macht sie das spätere Tragen eines Bandes völlig überflüssig.

Wegen der genaueren statistischen Angaben müssen wir auf die demnächst an anderem Orte erscheinende Originalarbeit verweisen. Erwähnt sei nur, dass Sch. 151 Laparotomien mit der Silberdrahtnaht ausführte, von denen 121 geheilt wurden, 15 direct nach der Operation und 15 später gestorben sind. Nur 7 mal entstanden bei den Geheilten kleine Brüche in der Narbe, von denen 3 durch Nachoperation beseitigt wurden.

Bauchbinden verwendet Sch. nach der Operation gar nicht mehr. Ein Wiederaufgehen der Naht ist ausgeschlossen. (Demonstration excidirter Bauchhautnarben mit Silberdrähten.)

Gleich günstige Erfolge wurden bei der Radicaloperation von Hernien erzielt, wo Vortragender nur 6,2 Proc. Recidive sah.

Die Drähte werden vor dem Gebrauch sterilisirt und bis zur Naht in 3 proc. Carbollösung gelegt. Ihre spätere Entfernung ist nur in den seltensten Fällen (wegen Eiterung, Fistelbildung etc.) erforderlich, dann aber sehr leicht ausführbar.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Originalbericht.)

IV. Sitzung vom 18. Februar 1893.

Herr **Berten: Ueber Anomalien der Zahnstellung** mit Demonstration.

Anomalien im Milchgebiss sind äusserst selten und bedürfen keines therapeutischen Eingriffes, zumal sie auf die spätere Stellung der bleibenden Zähne keinen Einfluss üben. Dagegen sind Stellungsanomalien der bleibenden Zähne ziemlich häufig. Unter 2000 Kindern im Alter von 6—13 Jahren fand Vortragender 16 Proc. Anomalien der Zahnstellung. Die am häufigsten betroffenen Zähne sind die Frontzähne, der 2. Prämolar und der Weisheitszahn.

Die Anomalien können bestehen in einer Drehung des Zahns um seine Längsachse in seltenen Fällen bis zu 180° oder in einer Neigung der Achse nach den verschiedenen Richtungen oder in einem Heraustreten aus der Reihe in der Gegend der für ihn bestimmten Stelle, oder in einer wirklichen Ortsveränderung innerhalb oder ausserhalb der Zahnreihe; ja es können Zähne in die Nase oder Kieferhöhle durchbrechen. Es können aber Zähne theilweise (partielle Retention) oder auch vollständig im Kiefer zurückgehalten werden (totale Retention).

Mehrere solcher Anomalien können zu gleicher Zeit an einem und demselben Kiefer oder an beiden Kiefern, ja es können mehrere Anomalien an einem und demselben Zahne beobachtet werden.

Diese verschiedenen Anomalien wurden an Gypsabgüssen und Zeichnungen demonstrirt.

Bei der Abhandlung der Ursachen betonte Vortragender ganz besonders, dass nicht die Persistenz der Milchzähne als Ursache der Stellungsanomalien anzusehen, sondern der verkehrte Durchbruch die Ursache der Persistenz der Milchzähne sei. Für die spätere Geradrichtung der Zähne durch Zunge und Lippe kann allerdings die Persistenz der Milchzähne ein Hinderniss abgeben.

Der verkehrte Durchbruch sei bedingt durch die regellose Lagerung der bleibenden Zähne im Kiefer, wofür Raummangel, bedingt durch Vererbung oder Entwicklungshemmung, verantwortlich zu machen sei.

Hieraus resultire für die Praxis die wichtige Regel, dass man bei verspätetem Durchbruch des bleibenden Zahnes keinen Milchzahn ziehen soll, in dem Glauben, den Durchbruch des bleibenden Zahnes dadurch zu beschleunigen; denn der bleibende Zahn sei von einem Nachbarzahn zurückgehalten oder eventuell gar nicht angelegt. Als weitere wichtige Ursache für den unregelmässigen Durchbruch der bleibenden Zähne sei die zu frühe Extraction der Milchzähne, besonders des 2. Milchmolaren und des Eckzahnes anzusehen, in Folge dessen der Raum von den Nachbarzähnen besetzt und der betreffende Zahn wegen Mangel an Raum an anomaler Stelle durchbricht. Selbst die durch Caries bedingte Zerstörung der Milchzähne, besonders an ihren Approximalflächen, könne wegen der dadurch ermöglichten Raumverengung Ursache des anomalen Durchbruchs sein.

Diese Thatsachen fordern, abgesehen von anderen Gründen, wie der Werth der Milchzähne für die Verdauung und die Sprache, dazu auf, den Milchzähnen dieselbe Pflege angedeihen zu lassen wie den bleibenden, und dieselben bei Erkrankung durch Plombiren so lange zu erhalten zu suchen, bis sie durch die bleibenden Zähne ersetzt werden.

Ueberzählige Zähne (Zapfenzähne) bedingen häufig anomale Stellungen, indem sie an der Stelle des bleibenden Zahnes und zwar vor dessen Durchbruch erscheinen, wodurch dieser dann von seiner Achse abgelenkt.

Vortragender erläutert Alles durch passende Modelle, von denen die mit persistirenden Milchzähnen besonders hervorzuheben sind.

Alle diese Anomalien hält Vortragender unter Berücksichtigung der Ursachen für redressirbar.

Zum Schluss zeigt Vortragender Abdrücke von behandelten Fällen und stellt Patienten vor mit vollendeter Richtung und solche während der Behandlung.

Herr **Hofmeier: Ueber Complication von Schwangerschaft mit Myomen.**

Hofmeier berichtet über einen Fall von Schwangerschaft, complicirt mit grossen Myomen, welcher bei exspectativem Verhalten glücklich verlaufen ist. Es handelte sich um eine 44jährige Dame, welche nach 15jähriger Pause wieder concipirt und vorher drei normale Geburten gehabt hatte. Bei der Untersuchung wurden einige kopf- und faustgrosse Geschwülste gefunden, dazwischen eine weichere Partie, welche sich durch Beobachtung unter Berücksichtigung der übrigen Symptome als der schwangere Uterus herausstellte. Entgegen dem gewöhnlichen Verhalten entschloss sich Vortragender zum Abwarten, da eine directe Gefahr weder für Mutter noch Kind vorlag. Das öfter beobachtete stärkere Wachsthum von Myomen in der Gravidität sei mehr eine seröse Durchtränkung der Gewebe als ein eigentliches Wachsthum und verschwinde im Wochenbett wieder. Deshalb hält Vortragender die Einleitung des Abortes aus diesem Grunde nicht für angezeigt. Andererseits gäben die Myome gar nicht so häufig Veranlassung zum Abort, wie man im Allgemeinen annehme; daher liegt keine Veranlassung vor, die Myome mit Erhaltung des schwangeren Uterus zu entfernen. Damit war also das Abwarten gerechtfertigt. Für später wurde allerdings der Kaiserschnitt als wahrscheinlich nothwendig angenommen. Zur Zeit war etwa der sechste Monat der Schwangerschaft. Kurz vor dem normalen Ende der Schwangerschaft fand sich jedoch, dass die Geschwülste aus dem kleinen Becken über das Promontorium hinaufgestiegen waren. Schliesslich ging die Eröffnung normal vor sich und mittels einer leichten Zange, wegen secundärer Wehenschwäche, wurde ein lebender Knabe entwickelt. Die Myome aber bildeten sich im Wochenbett unter Ergotingebrauch soweit zurück, dass sie nach einigen Monaten per vaginam entfernt werden konnten.

Zur weiteren Stütze der Empfehlung exspectativen Verhaltens bei der besprochenen Complication führt Vortragender 36 Fälle eigener Beobachtung an, unter denen nur 6 mal = 12,13 Proc. spontan der Abort eintrat, wobei auch noch eine Mole und eine todtfaule Frucht waren. Die Gefährdung der Mutter bestehe einzig in der Infection, die sich jetzt vermeiden lasse, und in Blutungen während der Nachgeburtsperiode, deren wir jedoch mittels der Jodoformgazetamponade Herr zu werden vermögen.

Vortragender fasst seine Ansicht noch einmal zusammen:

1) Der spontane Abort erfolge verhältnissmässig selten.

2) Der künstliche Abort ist nie, eine andere Operation nur in dringenden Fällen indicirt; der Kaiserschnitt wird nur selten nöthig.

3) Eine spätere Operation der Myome ist erst ziemlich lange nach der Entbindung vorzunehmen, wenn die Geschwülste sich wieder verkleinert haben. Hoffa.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société médicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 24. Februar 1893.

Antony hatte Gelegenheit, zwei Epidemien von Parotitis beim Militär zu beobachten und zieht aus seiner Erfahrung folgende Schlüsse.

1) Die Dauer der Incubation beträgt bei Parotitis epidemica meist 18—22 Tage, in seltenen Fällen bloss 8, andererseits bis auf 30 Tage sich ausdehnend.

2) Die Affection ist besonders während der Incubationszeit ansteckend, aber auch in einem noch nicht festgestellten Zeitraum nach der Heilung zuweilen übertragbar.

3) Das Blut und die Flüssigkeit, welche den entzündeten Ohrspeicheldrüsen und Hoden entnommen wurde, enthalten einen specifischen Mikrooorganismus, der die pathogene Wirkung zu besitzen scheint; jedoch hat die Ueberimpfung auf Thiere immer negative Resultate ergeben.

4) Angina und Schwellung der submaxillären Drüsen bilden zuweilen die Initialerscheinungen der Krankheit.

Société de Biologie.

Sitzung vom 25. Februar 1893.

Die Giftstoffe des Bacillus intestinalis Escherich.

Gilbert fand bei seinen Untersuchungen über diesen Bacillus — auch bacterium coli commune genannt — dass derselbe, frisch dem Kothe entnommen, in Bouillon giftige Stoffe ausscheide. Die intravenöse Einspritzung solcher Bouillon verursacht beim Kaninchen Lähmungserscheinungen, begleitet von Mydriasis, Exophthalmus und fibrillären Zuckungen; auf alle quergestreiften Muskeln mit Ausnahme des Zwerchfells und des Herzens erstreckt sich die Paralyse. Die Hautsensibilität ist aufgehoben und die Thiere verfallen in einen völlig komatösen Zustand. Diesen Erscheinungen folgen im sogenannten 2. Stadium Convulsionen, Nystagmus und Uebererregbarkeit der Sinnesorgane. Die Krämpfe befallen die 4 Extremitäten und sind klonischer Art (kurze, heftige, unregelmässige Stösse). In einem weiteren 3. Stadium sind die Krämpfe tonisch, tetanusähnlich, auf die Mydriasis folgt Myosis. Die Contractur ist allgemein und von grosser Heftigkeit, Opisthotonus und Trismus treten auf, die Lider schliessen sich und bis zum Tode dauert dieser Zustand. Setzt man beim 1. Stadium die Injection aus, so kommen die Thiere nach einer Stunde wieder zur Besinnung, so dass sie sich, wenn auch unvollkommen, auf ihren Pfoten halten können; während dieser Zeit lassen sie viel Harn und geben diarrhoischen Koth von sich. Die folgenden Tage essen sie nur wenig, bleiben somnolent und behalten ihre Diarrhöe. Hört man beim klonischen Stadium mit der Injection auf, so unterliegen die Thiere keineswegs immer in gleicher Weise. Die Zuckungen bleiben noch einige Minuten bestehen, dann verschwinden sie und die Symptome verlieren sich ebenso wie vorher. Hat jedoch das 3. Stadium schon begonnen, so ist der Tod unvermeidlich. Da dieser Bacillus von Escherich einer der wichtigsten Parasiten des Menschen ist und zu Milliarden im Darmcanal desselben existirt, so kann er in den Nahrungsmitteln ebenso wie in der Bouillon des Experiments eine beträchtliche Menge von Giftstoffen erzeugen. Durch die Resorption der letzteren schwebt also der Mensch ständig in der Gefahr der Vergiftung, jeden Moment arbeitet er an seiner eigenen Zerstörung. Alle Gegenwirkungen des Körpers gegen diese Gifte sind nicht bekannt, wahrscheinlich durch die Leber wird ein Theil derselben vernichtet, durch die Nieren aber werden sie hauptsächlich eliminirt. Der grosse Toxinenreichthum im Harne bei gewissen Leberaffectionen, der geringe Gehalt an Toxinen bei Anwendung der Darmantisepsis, die Diurese, welche durch die intravenöse Injection der aus dem Bacillus Escherich entstehenden Giftstoffe erzeugt wird, das Alles sind Beweise für die antitoxische Wirkung der Nieren.

Roger glaubt ebenfalls an die gleichsam prophylaktische Thätigkeit der Leber. Er hat auch gesehen, dass Giftstoffe, den Fäcalmassen entnommen, viel heftiger wirkten, wenn sie in eine Vene des grossen Kreislaufes injicirt, als wenn sie in eine Verzweigung der Pfortader eingebracht wurden. St.

Verschiedenes.

(Neue Präparate.) Fellow's Compound Syrup of Hypophosphites, ein in Amerika und England schon seit längerer Zeit bekanntes Präparat, wird neuerdings auch in Deutschland einzuführen gesucht. Das Präparat besteht aus Eisen, Chinin, Strychnin, Calcium, Kalium und Mangan, in nicht näher angegebenem Verhältniss. In Amerika und England, wo die Aerzte sich zur Anwendung patentirter, in ihrer Zusammensetzung nicht genau bekannter Mittel leichter entschliessen als bei uns, geniesst der Syrup, wie wir wissen, den Ruf eines zweckmässigen tonischen Eisenpräparates.

(Bädernachrichten.) Als Nachfolger des verstorbenen Dr. Pernisch wird Dr. J. Leva, bisheriger Assistenzarzt der medicinischen Klinik in Zürich, mit der nächsten Saison die Stelle des Kurarztes in Tarasp-Schuls einnehmen.

Therapeutische Notizen.

(Diabetes mellitus.) Hale White giebt im Brit. med. J. eine Uebersicht über die bisher erreichten Resultate der nach dem Muster der Mackenzie-Fox'schen Myxoedemtherapie versuchten Behandlung des Diabetes durch Darreichung von rohem Pancreas per os und subcutaner Injection von Liquor pancreaticus. Die Erfolge sind wenig befriedigend, dagegen wurde mehrfach das Auftreten eines Erythems mit leichtem Fieber und Angina beobachtet. F. L.

(Einblasungen von Sozojodolnatrium in die Nasenhöhle gegen Keuchhusten) sind nach P. Guttmann von entschieden günstigem Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung. Eine Coupirung der Anfälle in kurzer Zeit wird zwar nicht erreicht, doch lässt die Zahl und Stärke der Anfälle bald nach. Das Mittel wird in der Weise angewendet, das man den mit 1/4 gr gefüllten Pulverbläser möglichst hoch in die Nase einführt und dann das Pulver mit einem Gummischlauch einbläst. Gewöhnlich wurde die genannte Menge in beide Nasenlöcher eingeblasen. Nach der Verabreichung des Mittels tritt in der Regel ein heftiger Anfall ein. (Ther. Monatshefte, Jan. 1893.) Kr.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 14. März. Für den XI. Internationalen Medicinischen Congress in Rom (24. September bis 1. October a. c.) sind augenblicklich in allen deutschen Bundesstaaten Landescomités in der Bildung begriffen. In Bayern hat sich zu dem Zwecke, die Interessen des Congresses zu fördern, soeben ein Landescomité constituirt, bestehend aus den Herren Geheimrath v. Ziemssen als Vorsitzenden, Geheimrath v. Winckel, Geheimrath v. Rothmund, Dr. B. Spatz, sämmtlich in München; Prof. v. Zenker-Erlangen, Prof. v. Leube-Würzburg, Medicinalrath Merkel-Nürnberg, Kreis Medicinalrath Hofmann-Regensburg, Medicinalrath Roth-Bamberg, Oberarzt Schreiber-Augsburg, Medicinalrath Zöller-Frankenthal. Jeder dieser Herren ist bereit, Aufschlüsse zu ertheilen, Beitrittsformulare abzugeben, Anmeldungen von Vorträgen entgegenzunehmen, überhaupt Alles, was den Zwecken des Congresses förderlich sein kann, vorzukehren. Wir wünschen den Bemühungen des Comité's den besten Erfolg und der altehrwürdigen Hauptstadt des bundestreuen Italien recht zahlreichen Besuch Seitens unserer deutschen Collegen.

— Die internationale Sanitätsconferenz wurde am 11. ds. in Dresden eröffnet. Staatsminister v. Metzsch hielt die Eröffnungsrede, in welcher er die Bedeutung der Conferenz hervorhob. Darauf wurde zum Vorsitzenden der preussische Gesandte Graf v. Dönhoff gewählt, der die Verhandlungen einleitete. Die eigentlichen Sitzungen beginnen heute.

— Die Petitionscommission des Reichstages hat einen Bericht über die Petitionen erstattet, die sich die Zulassung der Frauen zu den gelehrten Berufsstudien zum Ziele genommen haben. Die Commission beantragt, diese Petitionen dem Reichskanzler zur Erwägung zu überweisen. Der Vertreter der Regierung gab darüber in der Commission folgende Erklärung ab: Die Zulassung der Frauen zum Universitätsstudium stehe ausserhalb der Competenz des Reichs; die Regelung des Unterrichtswesens sei lediglich Sache der einzelnen Bundesstaaten. Dass gegenwärtig Frauen an keinem deutschen Gymnasium zur Reifeprüfung und an keiner deutschen Universität zum medicinischen Studium zugelassen würden, hindere sie nicht, die Heilkunde auszuüben, da die Befugniss hierzu durch die Gewerbeordnung ohne Rücksicht auf das Geschlecht oder eine vorher abgelegte Prüfung freigegeben sei. Allerdings sei den Frauen die Erlangung der Approbation als „Arzt" verschlossen, so lange sie den in der Prüfungsordnung vom 2. Juni 1883 aufgestellten Vorbedingungen für die Zulassung zur ärztlichen Prüfung nicht genügen könnten. Eine Abänderung der Prüfungsordnung dahin, dass Frauen gegenüber auf die Erfüllung dieser Vorbedingungen verzichtet werde, sei ausgeschlossen, da dann auch die Männer mit Recht eine gleiche Herabminderung der Anforderungen beanspruchen könnten. Es verbiete sich aber eine allgemeine Herabminderung der an die Vorbildung der Aerzte zu richtenden Anforderungen.

— Die preuss. Minister des Innern, der Justiz und der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten haben den Antrag des Berliner Magistrats auf beschränkte Zulassung der Feuerbestattung abschlägig beschieden. Gleichzeitig ist das Oberpräsidium der Provinz Brandenburg ersucht worden, dem Oberbürgermeister Zelle aufzugeben, falls dennoch die Gemeindebehörden von Berlin sich anschicken sollten, die Feuerbestattung auszuüben, dies im Communal-Aufsichtswege nach § 15 des Zuständigkeitsgesetzes zu verhindern.

— Cholera-Nachrichten. In Hamburg ist bei einer Person, welche an leichten Durchfällen litt, am 4. März durch den bakterio-

logischen Nachweis Cholera constatirt worden. Es ist das für die Woche der Morbiditätsstatistik vom 26. Februar bis 4. März der einzige Cholerafall; die Zahl der Cholerinefälle bei Erwachsenen betrug 13 (Zunahme gegen die Vorwoche 1), bei Kindern 1 (Zunahme 1), der Typhusfälle 23 (Zunahme 9).

In Galizien (Zielona) ist eine tödtlich verlaufene Choleraerkrankung festgestellt worden.

Für einzelne Gouvernements Russlands wurden nachträglich noch folgende Choleravorkommnisse bekannt:

Gouv. Tschernigow	vom	23. Nov.	bis	1. Jan.	61	Erkr.,	27	Todesf.
Stadt Kiew	„	28. „	„	11. Dez.	1	„	1	„
Gouv. Kiew	„	28. „	„	8. Jan.	655	„	255	„
Podolien	„	24. „	„	28. „	2470	„	820	„
Wolhynien	„	28. „	„	27. „	173	„	70	„

Zufolge einer Meldung vom 23. Februar ist in Sakkis und Sina, den Hauptorten des persischen Kurdistan, dicht an der türkischen Grenze ein heftiger Choleraausbruch erfolgt. P.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 8. Jahreswoche, vom 19.—25. Februar 1893, die grösste Sterblichkeit Fürth mit 35,3, die geringste Sterblichkeit Osnabrück mit 9,9 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Scharlach in Beuthen, Gera, Zwickau; an Diphtherie und Croup in Bielefeld, Bromberg, Duisburg, Elbing, Essen, Görlitz, Hannover, Mannheim, Mainz, Mühlhausen i. E., Osnabrück, Remscheid.

— Im Juli wird in Wien der I. internationale Samariter-Congress tagen. Präsident des Organisations-Ausschusses ist Hofrath Billroth.

— Dr. Tappeiner sen. in Meran, bekanntlich der Erste, der die Infectiosität der Tuberculose experimentell nachwies, feiert in diesem Jahre sein 50jähriges Doctorjubiläum. In Anbetracht der grossen Verdienste, welche der Jubilar sich um Meran erworben, wird die Stadt aus diesem Anlasse ein Denkmal mit der überlebensgrossen Portraitbüste T.'s auf dem sogenannten Tappeiner Weg aufstellen lassen.

(Universitäts-Nachrichten.) **Heidelberg.** Mit Beginn des Wintersemesters habilitirte sich hier Dr. E. Cramer als Privatdocent für Hygiene. Die Habilitationsschrift lautet: Ueber die Zusammensetzung der Bacterien in ihrer Abhängigkeit von dem Nährmaterial. C. ist ein Schüler Rubner's und hat sich bisher hauptsächlich mit Kleidungshygiene und mit bakteriologisch-chemischen Untersuchungen beschäftigt. (Hiermit hängt wohl die von vielen Blättern gebrachte, irrthümliche Nachricht von der Habilitation eines Dr. Cramer in München zusammen. — **München.** Am 11. März habilitirte sich Dr. Siegfried Mollier, Prosektor der anatomischen Anstalt, für das Fach die Anatomie mit einer Probevorlesung: „Vergleichung der oberen und unteren Extremitäten." Die Habilitationsschrift führt den Titel: „Die haarigen Extremitäten der Wirbelthiere. I. Das Ichthyopterygium."

Barcelona. Dr. Luis Guedea y Calvo, Professor für klinische Chirurgie an der Universität Cadix, ist zum Professor für chirurgische Pathologie ernannt. — **Bukarest.** Dr. Petrini, Professor der normalen Histologie, ist zum Professor für Dermatologie und Syphiligraphie ernannt worden. — **Glasgow.** Dr. Napier ist an Stelle von Wolfe zum Professor der Augenheilkunde ernannt worden. — **Neapel.** Dr. Rubino hat sich als Privatdocent für allgemeine Pathologie habilitirt. — **Paris.** Dr. Terrier ist zum Professor der Chirurgie ernannt worden. — **St. Petersburg.** Dr. S. Botkin jun. hat sich als Privatdocent für innere Medicin habilitirt.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung. Dr. Michael Zrenner, appr. 1892, in Waldsassen, B.-A. Tirschenreuth.

Gestorben. Assistensarzt II. Cl. der Reserve Dr. Ludwig Euler (Bamberg) am 1. Februar zu Bernburg im Herzogthum Anhalt.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 9. Jahreswoche vom 26. Februar bis 4. März 1893.

Betheil. Aerzte 345. — Brechdurchfall 19 (15*), Diphtherie, Croup 47 (65), Erysipelas 12 (14), Intermittens, Neuralgia interm. 5 (—), Kindbettfieber 1 (2), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 8 (2), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 7 (3), Parotitis epidemica 18 (22), Pneumonia crouposa 35 (34), Pyaemie, Septicaemie — (2), Rheumatismus art. ac. 31 (37), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 10 (10), Tussis convulsiva 9 (7), Typhus abdominalis 3 (3), Varicellen 20 (26), Variola — (—). Summa 225 (242). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 9. Jahreswoche vom 26. Febr. bis 4. März 1893.

Bevölkerungszahl 366,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern — (—), Scharlach 1 (2), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 6 (7), Keuchhusten — (1), Unterleibstyphus 1 (1), Brechdurchfall 5 (2), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung 1 (6), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung 1 (2), Acut. Gelenkrheumatismus 2 (1), andere übertragbare Krankheiten — (3).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 168 (167), der Tagesdurchschnitt 24.0 (23.9). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 23.0 (22.9), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 15.2 (15.1), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 14.1 (13.2).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: December [1]) 1892 und Januar 1893.

Regierungsbezirke bezw. Städte über 30000 Einwohner	Brechdurchfall		Diphtherie, Croup		Erysipelas		Intermittens, Neuralgia int.		Kindbettfieber		Meningitis cerebrospin.		Morbilli		Ophthalmo-Blennorrh. neonator.		Parotitis epidemica		Pneumonia crouposa		Pyaemie, Septicaemie		Rheumatismus art. ac.		Ruhr (dysenteria)		Scarlatina		Tussis convulsiva		Typhus abdominalis		Varicellen		Variola, Variolois		Zahl der Aerzte überhaupt	Zahl der betheilig. Aerzte
	Dec.	Jan.	Dec.	Jan.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	Dec.	Jan.	D.	J.	D.	J.	Dec.	Jan.	D.	J.	Dez.	Jan.	D.	J.	Dec.	Jan.	Dec.	Jan.	D.	J.	D.	J.	D.	J.		Jan.
Oberbayern	163	149	487	447	107	119	45	55	17	25	6	4	303	179	31	28	35	75	309	391	9	10	228	278	1	2	91	62	116	122	18	16	187	144	—	—	684	468
Niederbay.	58	79	103	96	42	47	17	30	7	15	2	1	38	20	10	6	1	9	152	206	1	1	74	96	2	1	16	12	33	35	27	14	24	13	—	—	163	77
Pfalz	41	23	236	238	55	51	11	12	9	17	1	3	294	238	2	2	1	9	229	330	2	2	62	86	1	1	43	31	23	20	95	65	13	13	—	—	233	112
Oberpfalz	13	11	60	62	29	34	16	8	3	3	1	—	16	7	1	1	100	35	134	204	—	2	47	55	—	—	41	51	46	27	24	13	9	20	—	—	120	49
Oberfrank.	22	2	195	178	74	74	4	12	6	18	—	4	9	7	2	3	47	50	228	297	—	1	54	81	—	1	58	49	44	22	4	4	15	36	—	—	171	106
Mittelfrk.	47	23	302	299	78	59	25	35	9	8	3	4	19	11	5	3	35	20	299	466	1	6	128	143	—	1	73	168	174	105	7	9	130	67	—	3	283	197
Unterfrank.	15	18	169	144	50	61	2	10	13	7	1	4	100	59	—	4	2	3	231	251	1	—	62	67	—	—	16	14	25	21	30	9	24	19	2	—	267	118
Schwaben	2	47	249	270	41	50	9	15	11	14	2	1	44	46	4	5	4	3	196	282	3	1	91	102	—	—	52	72	85	88	18	32	22	27	—	—	264	113
Summe	421	374	1801	1734	476	495	129	177	75	107	16	21	823	567	55	52	225	204	1778	2427	17	23	746	908	4	6	390	399	546	440	223	162	424	339	2	3	2185	1240 [2])
Augsburg	—	1	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	5	7	2	1	—	—	1	5	1	—	3	8	—	—	—	4	2	8	—	1	—	—	—	—	60	5
Bamberg	6	2	11	11	5	5	—	2	1	2	—	—	1	1	1	—	20	42	4	19	—	—	7	17	—	1	5	10	4	3	2	—	—	11	—	—	34	20
Fürth	9	9	35	38	8	8	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	25	46	—	—	11	17	—	—	20	25	27	22	—	—	5	4	—	—	23	7
Kaiserslaut.	2	2	38	30	6	3	—	—	1	2	—	—	—	—	—	1	—	—	19	14	—	—	9	6	—	—	3	4	8	5	—	—	—	—	—	—	16	8
München [3])	35	43	196	192	48	50	6	7	7	14	1	—	135	65	20	13	25	37	97	91	3	2	86	131	—	—	49	35	85	77	11	5	126	124	—	—	405	345
Nürnberg	13	2	116	93	29	23	9	16	1	3	—	2	7	7	—	—	1	3	37	60	—	1	49	48	—	—	29	44	26	28	1	2	99	44	—	—	93	90
Regensbg.	—	—	4	6	4	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	10	14	—	—	1	1	—	—	—	—	4	—	—	—	6	4	—	—	31	11
Würzburg	5	8	30	23	8	10	—	2	—	—	—	—	34	54	—	1	1	1	20	26	—	—	11	9	—	—	2	7	7	9	2	1	16	11	—	—	70	25

Bevölkerungsziffern: Oberbayern 1,003,160. Niederbayern 664,798. Pfalz 728,339. Oberpfalz 537,954. Oberfranken 573,320. Mittelfranken 700,606. Unterfranken 618,489. Schwaben 668,316. — Augsburg 75,629. Bamberg 35,815. Fürth 43,206. Kaiserslautern 37,047. München 350,594. Nürnberg 142,590. Regensburg (mit Stadtamhof) 41,616. Würzburg 61,039.

[1]) Einschliesslich einiger seit der letzten Veröffentlichung (Nr. 5) eingelaufener Nachträge. [2]) Im Monat Dezember einschl. der Nachträge 1243. [3]) 49.—52. bezw. 1.—4. Jahreswoche. — Einsendungen fehlen aus den Bezirksämtern Straubing, Neuburg v/W., Teuschnitz und Brückenau.

Höhere Erkrankungsziffern (ausser in obigen 8 Städten) werden gemeldet aus folgenden Aemtern bezw. Orten: **Diphtherie:** Bez.-Amt und Stadt Hof 48, Epidemie in Blankenborn (Bez.-Amt Bergzabern), Bez.-Amt Krumbach 60 Fälle. — **Morbilli:** Bez.-Amt München II 80, Bez.-Amt Zweibrücken 67, Schulenschluss in 4 Gemeinden des Amtes Lohr wegen Morb., Bez.-Amt Neu-Ulm 23 Fälle. — **Pneum. croup.:** Bez.-Amt Frankenthal 40, Bez.-Amt und Stadt Dinkelsbühl 69 Fälle, Auftreten epidemischen Charakters in 2 Gemeinden des Amtes Marktheidenfeld. — **Typhus abdom.:** 16 Fälle im ärztl. Bezirk Nördlingen; in Reichenschwand (Bez.-Amt Hersbruck) seit September 1892 15 Typhen in einer Häusergruppe, in welcher schon 1873 17 Fälle auftraten. — **Variolois:** Je ein vereinzelter Fall in den Gemeinden Bechhofen, Weidenbach und Grossbreitenbrunn (Bez.-Amt Hersbruck).

☞ **Portofreie Postkartenformulare für vorliegende Statistik sind durch die zuständigen Herren k. Bezirksärzte zu erhalten. Im Interesse der vorliegenden Statistik wird um rechtzeitige und regelmässige Einsendung dringendst ersucht.**

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.